



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-68-26

Druk nr 2579

Warszawa, 8 maja 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o koordynacji opieki długoterminowej
i osobach starszych.**

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Prezes Rady Ministrów.

Z poważaniem

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady i sposób:
 - a) koordynacji opieki długoterminowej,
 - b) współpracy podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w zakresie opieki długoterminowej,
 - c) monitorowania opieki długoterminowej;
- 2) zadania i uprawnienia jednostek samorządu terytorialnego w obszarze wsparcia opiekunów nieformalnych;
- 3) zakres współdziałania organów administracji publicznej dotyczącego opieki długoterminowej;
- 4) zakres monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych oraz podmioty uczestniczące w realizacji tego zadania;
- 5) zasady wsparcia seniorów przyznawanego w formie bonu senioralnego.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) jednostki organizacyjne pomocy społecznej – jednostki organizacyjne pomocy społecznej w rozumieniu art. 6 pkt 5 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);
- 2) opieka długoterminowa – system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, ustalanych

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 października 1995 r. o społecznych formach rozwoju mieszkalnictwa, ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych, ustawę z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu niektórych przedsiębiorstw mieszkaniowych, ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położniczym, ustawę z dnia 20 lipca 2017 r. o Krajowym Zdobyciu Nieruchomości, ustawę z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym i ustawę z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej oraz uchyla się ustawę z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych.

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;

- 3) opieka nieformalna – systematyczne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, świadczone przez opiekuna nieformalnego na rzecz osoby wymagającej takiego wsparcia;
- 4) opiekun nieformalny – osobę sprawującą opiekę nieformalną, niepobierającą, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym osobę bliską, osobę sprawującą rodzinną pieczę zastępczą lub inną osobę niezobowiązaną do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem, lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 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);
- 5) osoba bliska – osobę bliską w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w stosunku do osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych;
- 6) osoba niepełnosprawna – osobę niepełnosprawną w rozumieniu 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);
- 7) osoba starsza – osobę, która ukończyła 60. rok życia;
- 8) podmioty wykonujące działalność leczniczą – podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156);
- 9) polityka senioralna – ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się.

Art. 3. Organem do spraw polityki senioralnej jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, o ile został ustanowiony.

Art. 4. Podmioty i osoby realizujące zadania określone w ustawie są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji i danych, które uzyskały przy wykonywaniu tych zadań, chyba że ustawa stanowi inaczej lub obowiązek ich udostępnienia wynika z przepisów odrębnych.

Rozdział 2

Zakres i koordynacja opieki długoterminowej

Art. 5. 1. 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.

2. Usługi i świadczenia opieki długoterminowej należy realizować w sposób kompleksowy i skoordynowany, dążąc do ich zapewnienia w środowisku zamieszkania osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych.

Art. 6. Osoba objęta opieką długoterminową oraz jej opiekun nieformalny mają prawo do wyrażania oceny usług i świadczeń opieki długoterminowej, w szczególności dotyczącej ich dostępności, sposobu udzielania i adekwatności do potrzeb, oraz oceny jakości działań osób je wykonujących.

Art. 7. 1. Jednostki samorządu terytorialnego prowadzą działania informacyjne i edukacyjne dotyczące opieki długoterminowej, które mają na celu wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich.

2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez:

- 1) organizowanie szkoleń;
- 2) prowadzenie spotkań edukacyjnych lub integracyjnych;
- 3) tworzenie grup wsparcia i zapewnianie konsultacji psychologicznych;
- 4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej;
- 5) organizowanie spotkań ze specjalistami w zakresie opieki długoterminowej.

Art. 8. 1. Koordynacja zadań związanych z opieką długoterminową jest zadaniem własnym powiatu.

2. Zadanie, o którym mowa w ust. 1, realizuje koordynator do spraw opieki długoterminowej, zwany dalej „koordynatorem”.

Art. 9. Koordynatorem jest kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w przypadku miasta na prawach powiatu – kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej, albo dyrektor centrum usług społecznych w przypadku przekształcenia miejskiego ośrodka pomocy społecznej działającego w mieście na prawach powiatu 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 2026 r. poz. 165).

Art. 10. 1. Do zadań koordynatora należy:

- 1) indywidualne wsparcie doradcze w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki długoterminowej dostosowanych do potrzeb i sytuacji osoby wymagającej tych usług lub świadczeń, a także świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w przypadku potrzeby zapewnienia ciągłości lub właściwego rodzaju opieki;
- 2) zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej, danych przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz danych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i wojewodów z zakresu usług i świadczeń opieki długoterminowej;
- 3) udzielanie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej na podstawie danych, o których mowa w pkt 2, 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 usługi i świadczenia opieki długoterminowej o dostępności tych usług i świadczeń;
- 4) współpraca z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, innymi podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej, podmiotami ekonomii społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 806), oraz organizacjami pozarządowymi, a także innymi podmiotami w zakresie zapewnienia i rozwoju opieki długoterminowej;
- 5) identyfikowanie potrzeb oraz ograniczeń w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej na terenie powiatu;

- 6) inicjowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej, w tym działań zmierzających do poprawy dostępności i jakości opieki długoterminowej na terenie powiatu, oraz występowanie z wnioskami i rekomendacjami do właściwych podmiotów realizujących zadania w zakresie opieki długoterminowej;
- 7) udział w konsultacjach i procesie planowania lokalnego w obszarze opieki długoterminowej;
- 8) informowanie opiekunów nieformalnych lub osób bliskich o realizowanych na terenie powiatu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego działaniach lub wsparciu, o których mowa w art. 7;
- 9) występowanie do podmiotów realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej z wnioskami o udzielenie informacji lub podjęcie działań w zakresie dostępności i jakości opieki długoterminowej.

2. Podmioty, do których koordynator wystąpił z wnioskiem, o którym mowa w ust. 1 pkt 9, są obowiązane do udzielenia odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

3. Koordynator udziela wsparcia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, na podstawie następujących informacji dotyczących osoby wymagającej usług lub świadczeń opieki długoterminowej:

- 1) imię i nazwisko, data urodzenia oraz adres miejsca zamieszkania albo adres miejsca pobytu;
- 2) numer telefonu i adres poczty elektronicznej – jeżeli zostały podane;
- 3) informacje o stanie zdrowia niezbędne do identyfikacji potrzeb oraz doboru właściwych usług lub świadczeń opieki długoterminowej;
- 4) numer telefonu i adres poczty elektronicznej opiekuna nieformalnego – jeżeli osoba korzysta z jego wsparcia.

Art. 11. Koordynator udostępnia na stronie internetowej odpowiednio centrum albo ośrodka, o których mowa w art. 9, bieżące informacje o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej, obejmujące:

- 1) zakres tych usług i świadczeń;
- 2) zasady kwalifikacji do ich uzyskania;
- 3) sposób i tryb ich udzielania oraz wymaganą dokumentację;
- 4) zasady odpłatności za te usługi i świadczenia, jeżeli są odpłatne;
- 5) dane teleadresowe podmiotów udzielających tych usług i świadczeń na terenie powiatu;

- 6) prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w:
- a) art. 15 ust. 2 pkt 4 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 i 203) – w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych,
 - b) art. 15 ust. 2 pkt 6 ustawy, o której mowa w lit. a.

Art. 12. 1. Koordynatorzy działający na terenie danego województwa współpracują w obszarze opieki długoterminowej w zakresie:

- 1) wymiany informacji, doświadczeń i dobrych praktyk;
- 2) ujednoczenia i harmonizowania działań;
- 3) inicjowania działań służących doskonaleniu opieki długoterminowej na terenie województwa.

2. Wojewoda zapewnia współpracę koordynatorów w województwie w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, organizując co najmniej raz na pół roku spotkania koordynatorów.

Art. 13. Powiat może otrzymywać dotacje celowe z budżetu państwa na dofinansowanie zadań własnych z zakresu koordynacji opieki długoterminowej na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Art. 14. 1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą i jednostki organizacyjne pomocy społecznej współpracują w zakresie rozpoznawania potrzeb osób wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej, w tym przekazują z urzędu informację o osobie, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że może wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, jest przekazywana przez:

- 1) podmiot wykonujący działalność leczniczą:
 - a) ośrodkowi pomocy społecznej lub
 - b) centrum usług społecznych – w przypadku przekształcenia 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 – właściwym dla miejsca zamieszkania pacjenta albo dla miejsca jego pobytu, jeżeli nie posiada on miejsca zamieszkania, w celu weryfikacji zasadności objęcia go usługami lub

świadczeniami opieki długoterminowej określonymi w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

- 2) jednostkę organizacyjną pomocy społecznej świadczeniodawcy udzielającemu świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybranemu zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), jeżeli ta jednostka posiada informację o tym świadczeniodawcy, w celu weryfikacji zasadności objęcia osoby świadczeniami, o których mowa w art. 11 pkt 6.

3. Informacja, o której mowa w ust. 1, jest przekazywana niezwłocznie w zakresie niezbędnym do udzielenia usług lub świadczeń opieki długoterminowej.

4. O przekazaniu informacji, o której mowa w ust. 1, podmiot przekazujący zawiadamia koordynatora właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której dotyczy ta informacja, albo ze względu na miejsce jej pobytu, jeżeli osoba ta nie posiada miejsca zamieszkania.

5. Jeżeli jednostka organizacyjna pomocy społecznej nie posiada informacji o świadczeniodawcy udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybranym zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, występuje o przekazanie tej informacji do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której dotyczy wystąpienie, albo ze względu na miejsce jej pobytu, jeżeli osoba ta nie posiada miejsca zamieszkania. Termin na przekazanie informacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, wynosi 3 dni robocze.

Art. 15. 1. Informacja, o której mowa w art. 14 ust. 1, zawiera następujące dane osoby, której dotyczy:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) adres miejsca zamieszkania, a w przypadku braku miejsca zamieszkania – adres miejsca pobytu;
- 3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) dane kontaktowe: numer telefonu, adres korespondencyjny oraz adres poczty elektronicznej – jeżeli ta osoba je posiada, a w przypadku gdy korzysta ze wsparcia opiekuna nieformalnego – dane kontaktowe tego opiekuna;
- 5) informacje uzasadniające potrzebę weryfikacji zasadności zapewnienia usług lub świadczeń opieki długoterminowej;

- 6) informacje o stanie zdrowia, niezbędne do oceny zasadności udzielenia właściwych usług lub świadczeń opieki długoterminowej;
- 7) dane kontaktowe podmiotu przekazującego informację, obejmujące numer telefonu służbowego oraz adres poczty elektronicznej, przeznaczone do kontaktu w sprawie przekazywanej informacji.

2. Powiadomienie, o którym mowa w art. 14 ust. 4, zawiera:

- 1) nazwę podmiotu przekazującego informację;
- 2) numer telefonu kontaktowego oraz adres poczty elektronicznej, przeznaczone do kontaktu w sprawie przekazywanej informacji;
- 3) datę i godzinę przekazania informacji;
- 4) nazwę podmiotu otrzymującego informację;
- 5) imię i nazwisko osoby, której dotyczy informacja.

Art. 16. Niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w art. 14 ust. 1, właściwy podmiot, który ją otrzymał, podejmuje czynności zmierzające do ustalenia zasadności udzielenia osobie, której dotyczy informacja, usług lub świadczeń opieki długoterminowej, do których ta osoba może być uprawniona, zgodnie z przepisami regulującymi te usługi lub świadczenia.

Art. 17. 1. Podmiot otrzymujący informację, o której mowa w art. 14 ust. 1, jest obowiązany w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania do zawiadomienia podmiotu przekazującego tę informację o sposobie jej wykorzystania oraz do jednoczesnego powiadomienia właściwego miejscowo koordynatora.

2. Powiadomienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) zwięzłe przedstawienie stanu faktycznego sprawy, w tym:
 - a) nazwę podmiotu przekazującego informację,
 - b) numer telefonu kontaktowego oraz adres poczty elektronicznej, przeznaczone do kontaktu w sprawie przekazywanej informacji,
 - c) datę i godzinę przekazania informacji,
 - d) nazwę podmiotu otrzymującego informację,
 - e) imię i nazwisko osoby, której dotyczy informacja;
- 2) zawiadomienie o sposobie wykorzystania informacji.

3. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1, podmiot otrzymujący informację, o której mowa w art. 14 ust. 1, nie zawiadomi o sposobie jej wykorzystania, koordynator nawiązuje

współpracę z tym podmiotem w celu ustalenia potrzeby wsparcia przez koordynatora realizacji działań wynikających z przekazanej informacji.

4. W przypadku gdy podmiot otrzymujący informację, o której mowa w art. 14 ust. 1, uzna swoją niewłaściwość albo stwierdzi brak podstaw do podjęcia działań, do zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, dodaje się uzasadnienie.

Art. 18. 1. Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia współdziałają w celu zapewnienia spójnego funkcjonowania opieki długoterminowej i jednolitych standardów jej jakości.

2. Współdziałanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności:

- 1) podejmowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej oraz poprawę jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej;
- 2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej;
- 3) inicjowanie i wspieranie badań naukowych dotyczących standardów jakości oraz rozwoju usług i świadczeń opieki długoterminowej, w tym udzielanych w środowisku lokalnym;
- 4) opracowywanie i wdrażanie rozwiązań wspierających funkcjonowanie opieki nieformalnej.

Rozdział 3

Monitorowanie opieki długoterminowej

Art. 19. 1. Koordynator sporządza roczne sprawozdanie ze zrealizowanych zadań za rok poprzedni i przesyła je, w postaci elektronicznej, radzie powiatu i wojewodzie w terminie do dnia 15 marca.

2. Wojewoda sporządza zbiorcze sprawozdanie z zakresu realizacji zadań przez koordynatorów z terenu województwa za rok poprzedni i przesyła je organowi do spraw polityki senioralnej, w postaci elektronicznej, w terminie do dnia 30 kwietnia.

3. W sprawozdaniach, o których mowa w ust. 1 i 2, są przekazywane informacje dotyczące:

- 1) indywidualnego wsparcia doradczego, o którym mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1, w tym informacje o:
 - a) liczbie osób objętych doradztwem, w tym liczbie osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz liczbie ich opiekunów nieformalnych lub osób bliskich,

- b) potrzebach najczęściej zgłaszanych przez osoby objęte doradztwem;
- 2) liczby placówek realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej;
- 3) współpracy z podmiotami, jednostkami i organizacjami, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4;
- 4) inicjatyw usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej, w tym zmierzających do poprawy dostępności i jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej;
- 5) udziału w konsultacjach i planowaniu lokalnym w obszarze opieki długoterminowej;
- 6) zrealizowanych działań informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, w tym informacje o:
 - a) liczbie mieszkańców odpowiednio powiatu lub województwa, w tym liczbie osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz liczbie ich opiekunów nieformalnych lub osób bliskich, którym została przekazana informacja o tych usługach i świadczeniach,
 - b) liczbie i formie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej przekazanych mieszkańcom odpowiednio powiatu lub województwa;
- 7) potrzeb i ograniczeń w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz rekomendacji dotyczących usprawnienia funkcjonowania opieki długoterminowej, w tym poprawy jej dostępności i jakości;
- 8) zakresu i wymiaru współpracy, o której mowa w art. 14 ust. 1, w tym informacje o tym, ile razy informacja, o której mowa w art. 14 ust. 1, była przekazywana, oraz o podmiotach wymieniających informacje;
- 9) zakresu i wymiaru współpracy, o której mowa w art. 17 ust. 3;
- 10) działań zrealizowanych odpowiednio na terenie powiatu lub województwa przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego, o których mowa w art. 7, lub udzielonego przez nie wsparcia.

4. Sprawozdania, o których mowa w ust. 1 i 2, są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej odpowiednio starostwa powiatowego albo urzędu wojewódzkiego.

5. Wytyczne w zakresie opracowania sprawozdań, o których mowa w ust. 1 i 2, są publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej.

Art. 20. 1. Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia monitorują, w zakresie swojej właściwości, realizację opieki długoterminowej, w szczególności w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej.

2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia udostępniają organowi do spraw polityki senioralnej zagregowane dane dotyczące usług i świadczeń opieki długoterminowej za rok poprzedni, w szczególności dotyczące osób korzystających z usług i świadczeń opieki długoterminowej, rodzaju i liczby udzielonych usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz podmiotów realizujących zadania w tym zakresie.

3. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych podlegających udostępnieniu, o którym mowa w ust. 2, oraz tryb ich udostępnienia, uwzględniając konieczność zapewnienia jednolitości i kompletności prezentacji danych pozyskanych z monitorowania realizacji opieki długoterminowej.

Art. 21. Organ do spraw polityki senioralnej corocznie, w terminie do dnia 30 września, publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej obsługującego go urzędu informację o wynikach monitorowania, o którym mowa w art. 20 ust. 1, za rok poprzedni, zawierającą dane o zakresie opieki długoterminowej oraz osobach objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej, a także ocenę dostępności i jakości opieki długoterminowej oraz wnioski i rekomendacje dotyczące jej funkcjonowania.

Rozdział 4

Monitorowanie sytuacji osób starszych

Art. 22. 1. Monitorowanie sytuacji osób starszych jest prowadzone przez organy administracji publicznej oraz państwowe jednostki organizacyjne.

2. Zakresem monitorowania sytuacji osób starszych obejmuje się: sytuację demograficzną, sytuację dochodową, warunki mieszkaniowe, aktywność zawodową, sytuację rodzinną i strukturę gospodarstw domowych, sytuację osób niepełnosprawnych, aktywność społeczną i obywatelską, aktywność edukacyjną i kulturalną, aktywność sportową i rekreacyjną, dostępność infrastruktury potrzebnej do tych aktywności, stan zdrowia, dostępność i poziom usług socjalnych, równe traktowanie i przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek oraz realizację polityki senioralnej.

Art. 23. 1. Organ do spraw polityki senioralnej corocznie, do dnia 31 października, przygotowuje i przedstawia Radzie Ministrów sprawozdanie o sytuacji osób starszych, obejmujące informacje w zakresach, o których mowa w art. 22 ust. 2, z uwzględnieniem wyników monitorowania, o którym mowa w art. 20 ust. 1.

2. Podmioty, o których mowa w art. 22 ust. 1, są obowiązane do współpracy w przygotowaniu sprawozdania o sytuacji osób starszych, w tym do nieodpłatnego i niezwłocznego udostępniania informacji, dokumentów i danych, którymi dysponują.

3. Sprawozdanie o sytuacji osób starszych jest przyjmowane przez Radę Ministrów.

4. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 3, jest publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej.

Rozdział 5

Bon senioralny

Art. 24. 1. Bon senioralny jest formą wsparcia osób, które ukończyły 65. rok życia, zwanych dalej „seniorami”, jako świadczenie w ramach Programu Bonu Senioralnego, zwanego dalej „Programem”, ustanawianego w celu realizacji polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia tym osobom.

2. Program realizują gminy jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej.

Art. 25. Usługi wsparcia w ramach bonu senioralnego obejmują zaspokajanie podstawowych potrzeb życia codziennego seniora, w szczególności:

- 1) pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowywanie posiłków, poruszanie się lub utrzymywanie porządku;
- 2) wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych;
- 3) opiekę higieniczno-pielęgnacyjną;
- 4) zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym aktywizację intelektualną lub ruchową.

Art. 26. 1. Bon senioralny może być przyznany seniorowi, który ma niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz:

- 1) który jest obywatelem polskim lub obywatelem Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo Konfederacji Szwajcarskiej, lub obywatelem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, o którym mowa w art. 10 ust. 1 lit. b, d–f umowy z dnia 24 stycznia 2020 r. o wystąpieniu Zjednoczonego

Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE L 29 z 31.01.2020, str. 7), oraz

- 2) którego średni miesięczny dochód w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208 oraz z 2026 r. poz. 203) w ostatnich trzech miesiącach poprzedzających złożenie wniosku nie przekracza kwoty 3410 zł.

2. Kryterium dochodowe, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, podlega corocznie waloryzacji wskaźnikiem, 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 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26 i 425), w terminie, o którym mowa w art. 88 ust. 1 tej ustawy. Organ do spraw polityki senioralnej ogłasza zwaloryzowane kryterium dochodowe, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” w terminie do końca lutego.

3. Bon senioralny przysługuje, jeżeli senior ma miejsce pobytu lub zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres, w którym korzysta z bonu senioralnego, oraz w tym okresie spełnia warunki, o których mowa w ust. 1.

Art. 27. 1. Bon senioralny nie przysługuje seniorowi:

- 1) 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);
- 2) korzystającemu:
 - a) ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429 i 2760 oraz z 2025 r. poz. 619) lub
 - b) ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub
 - c) z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych, lub
 - d) z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub
 - e) z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, lub

- f) 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
- g) z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny niż wskazany w lit. d–f, lub
- h) z instytucjonalnej opieki dziennej.

2. Bon senioralny może być przyznany seniorowi, jeżeli usługa lub opieka, o której mowa w ust. 1 pkt 2, ma charakter doraźny i jednorazowo trwa nie dłużej niż 14 dni.

Art. 28. Program jest realizowany:

- 1) w pierwszej kolejności – w gminach, na których terenie do dnia złożenia zapotrzebowania na środki na realizację Programu nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze na rzecz seniorów;
- 2) następnie – w gminach, na których terenie publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla niewięcej niż 10 osób;
- 3) następnie – w gminach o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów.

Art. 29. 1. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, Program obejmujący:

- 1) szczegółowy sposób przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji,
 - 2) podmioty przyznające i realizujące bon senioralny,
 - 3) sposób i tryb finansowania bonu senioralnego,
 - 4) sposób monitorowania realizacji Programu oraz podmioty monitorujące
- mając na względzie potrzeby seniorów w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, zapewnienie prawidłowości, sprawności oraz jednolitości przyznawania i realizacji bonu senioralnego oraz aktualne cele polityki senioralnej.

2. Program jest przyjmowany na okresy 3-letnie.

3. Program nie jest programem wieloletnim w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, 1844 i 1846 oraz z 2026 r. poz. 426).

4. Organ do spraw polityki senioralnej wykonuje Program oraz sprawuje nadzór nad jego realizacją przez gminy.

5. Program jest finansowany z budżetu państwa w formie dotacji celowej.

6. Wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu jest określana odrębnie w każdym kolejnym Programie.

Art. 30. 1. Realizacja Programu podlega monitorowaniu i ewaluacji.

2. Ewaluacja Programu jest przeprowadzana każdorazowo po 2 latach jego obowiązywania.

Rozdział 6

Zmiany właściwości organu do spraw polityki senioralnej

Art. 31. 1. W przypadku zmiany organu, o którym mowa w art. 3, lub urzędu obsługującego ten organ z dniem dokonania tej zmiany:

- 1) organ, który przejął zadania i kompetencje, przejmuje związane z tymi zadaniami i kompetencjami prawa i obowiązki organu, który utracił te zadania i kompetencje;
- 2) dysponent części budżetu państwa, z której w wyniku zmiany będą pokrywane koszty obsługi organu, o którym mowa w art. 3, przejmuje prawa i obowiązki dysponenta części budżetu państwa, z której dotychczas były pokrywane koszty obsługi tego organu, związane z zadaniami i kompetencjami tego organu oraz jego obsługą;
- 3) urząd, który w wyniku zmiany będzie zapewniał obsługę organu, o którym mowa w art. 3, przejmuje prawa i obowiązki urzędu, który dotychczas zapewniał obsługę tego organu, związane z zadaniami i kompetencjami tego organu oraz jego obsługą;
- 4) pracownicy zatrudnieni w urzędzie obsługującym organ, który utracił zadania i kompetencje, realizujący zadania i kompetencje organu, o którym mowa w art. 3, stają się pracownikami zatrudnionymi w urzędzie obsługującym podmiot, który przejął te zadania i kompetencje.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Prezes Rady Ministrów może:

- 1) dokonać, w drodze rozporządzenia, przeniesienia planowanych dochodów i wydatków budżetowych, w tym wynagrodzeń, dotacji podmiotowej i dotacji celowej, między częściami, działami i rozdziałami budżetu państwa, z zachowaniem przeznaczenia środków publicznych wynikających z ustawy budżetowej;
- 2) określić, w drodze zarządzenia, przeznaczenie składników majątkowych będących przed dniem zmiany urzędu obsługującego organ, o którym mowa w art. 3, w posiadaniu urzędu zapewniającego tę obsługę.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach

Art. 32. W ustawie z dnia 26 października 1995 r. o społecznych formach rozwoju mieszkalnictwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 1273 oraz z 2026 r. poz. 39) w art. 15a wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w ust. 2a wyrazy „art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705 oraz z 2024 r. poz. 834)” zastępuje się wyrazami „art. 2 pkt 7 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...)”;
- 2) w ust. 3 w pkt 4 wyrazy „art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych” zastępuje się wyrazami „art. 2 pkt 7 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych”.

Art. 33. 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) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 16b po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Projekt strategii, o której mowa w ust. 1, gmina przekazuje do zaopiniowania przez koordynatora do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...).”;
- 2) po art. 111a dodaje się art. 111b w brzmieniu:

„Art. 111b. 1. Ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia 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 – centrum usług społecznych, oraz inne jednostki organizacyjne gminy, o których mowa w art. 111, współpracują z koordynatorem do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych, w zakresie wymiany informacji o dostępnych usługach i świadczeniach opieki długoterminowej w obszarze pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie upowszechniania informacji na temat realizowanych usług i świadczeń oraz ich dostępności.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, w szczególności informacje na temat wolnych miejsc w domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia oraz mieszkaniach

wspomaganych, są przekazywane na bieżąco, przy czym nierzadziej niż raz w miesiącu, albo każdorazowo na wniosek koordynatora do spraw opieki długoterminowej.”;

3) po art. 112a dodaje się art. 112b w brzmieniu:

„Art. 112b. 1. Powiatowe jednostki organizacyjne pomocy społecznej, realizujące usługi z obszaru opieki długoterminowej, współpracują z koordynatorem do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych, w zakresie wymiany informacji o dostępnych usługach i świadczeniach opieki długoterminowej w obszarze pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie upowszechniania informacji na temat realizowanych usług i świadczeń oraz ich dostępności.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, w szczególności informacje na temat wolnych miejsc w domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia oraz mieszkaniach wspomaganych, są przekazywane nierzadziej niż raz w miesiącu, albo każdorazowo na wniosek koordynatora do spraw opieki długoterminowej.”.

Art. 34. W ustawie 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 i 203) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 42b w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, jeżeli ich celem jest wspieranie osób potrzebujących wsparcia w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego;”;

2) w art. 159a w ust. 5 w pkt 2 wyrazy „opieki zdrowotnej w zakresie” zastępuje się wyrazami „pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach”;

3) po art. 189a dodaje się art. 189b w brzmieniu:

„Art. 189b. 1. Fundusz przekazuje koordynatorowi do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...), informacje o świadczeniodawcach udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz świadczeń w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej, niezbędne do realizacji zadań przez koordynatora.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia, minimalny zakres informacji, o których mowa w ust. 1, oraz sposób i terminy ich przekazywania, uwzględniając zakres zadań realizowanych przez koordynatora oraz konieczność zapewnienia jednolitości przekazywanych informacji.”.

Art. 35. W ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 48) w art. 6 w ust. 1 w pkt 9 wyrazy „art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705 oraz z 2024 r. poz. 834)” zastępuje się wyrazami „art. 2 pkt 7 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...)”.

Art. 36. W ustawie z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu niektórych przedsięwzięć mieszkaniowych (Dz. U. z 2026 r. poz. 511) w art. 5b w ust. 1 wyrazy „art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705)” zastępuje się wyrazami „art. 2 pkt 7 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...)”.

Art. 37. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 15, 26 i 203) w art. 5a w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zatrudnienie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej,”.

Art. 38. W ustawie z dnia 20 lipca 2017 r. o Krajowym Zasobie Nieruchomości (Dz. U. z 2025 r. poz. 834 oraz z 2026 r. poz. 39 i 426) w art. 52b w pkt 4 wyrazy „art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705 oraz z 2024 r. poz. 834)” zastępuje się wyrazami „art. 2 pkt 7 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...)”.

Art. 39. W ustawie z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848) w art. 7 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego współpracuje z koordynatorem do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...), w zakresie wymiany informacji o rządowych programach mających na celu wsparcie społeczne, zawodowe lub zdrowotne osób niepełnosprawnych oraz realizację zadań, o których mowa w art. 6 pkt 2 i 3.”.

Art. 40. W ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 806) w art. 2 w pkt 6 w lit. k wyrazy „art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705 oraz z 2024 r. poz. 834)” zastępuje się wyrazami „art. 2 pkt 7 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...)”.

Rozdział 8

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 41. 1. Do przygotowania i przedstawienia informacji o sytuacji osób starszych, o której mowa w art. 5 ustawy uchylanej w art. 49, za rok 2025 stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, o ile został ustanowiony, przedstawi tę informację Radzie Ministrów w terminie do dnia 31 października 2026 r.

2. Informacja o sytuacji osób starszych za rok 2025 jest przyjmowana przez Radę Ministrów.

Art. 42. Pierwsze sprawozdania, o których mowa w art. 19 ust. 1 i 2, zostaną sporządzone za rok 2027 i przesłane w terminach, o których mowa odpowiednio w art. 19 ust. 1 i 2.

Art. 43. Pierwsze udostępnienie danych, o którym mowa w art. 20 ust. 2, nastąpi za rok 2027.

Art. 44. Organ do spraw polityki senioralnej po raz pierwszy opublikuje informację, o której mowa w art. 21, za rok 2027 w terminie do dnia 30 września 2028 r.

Art. 45. Organ do spraw polityki senioralnej po raz pierwszy przygotowuje i przedstawi Radzie Ministrów sprawozdanie o sytuacji osób starszych, o którym mowa w art. 23, za rok 2026 w terminie do dnia 31 października 2027 r., bez uwzględnienia wyników monitorowania, o którym mowa w art. 20 ust. 1.

Art. 46. Koordynatorzy do spraw opieki długoterminowej w zakresie zadań określonych ustawą w terminie do dnia 31 grudnia 2026 r. podejmą czynności przygotowawcze i organizacyjne niezbędne do rozpoczęcia ich realizacji, w szczególności:

- 1) nawiążą współpracę z podmiotami, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4;
- 2) zorganizują udostępnienie informacji, o którym mowa w art. 11.

Art. 47. Organ do spraw polityki senioralnej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do 36 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy dokona przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy i przedłoży Radzie Ministrów informację o skutkach jej obowiązywania wraz z propozycjami zmian, z uwzględnieniem założeń systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich ewaluacji.

Art. 48. 1. W latach 2026–2035 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy wynosi 4 698,60 mln zł, w tym:

1) w części 16 – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów w:

- a) 2026 r. – 0,18 mln zł,
- b) 2027 r. – 0,72 mln zł,
- c) 2028 r. – 0,73 mln zł,
- d) 2029 r. – 0,75 mln zł,
- e) 2030 r. – 0,77 mln zł,
- f) 2031 r. – 0,79 mln zł,
- g) 2032 r. – 0,81 mln zł,
- h) 2033 r. – 0,83 mln zł,
- i) 2034 r. – 0,85 mln zł,
- j) 2035 r. – 0,87 mln zł;

2) w części 85 – Województwa w:

- a) 2026 r. – 100,00 mln zł,
- b) 2027 r. – 419,23 mln zł,
- c) 2028 r. – 519,71 mln zł,
- d) 2029 r. – 520,19 mln zł,
- e) 2030 r. – 520,69 mln zł,
- f) 2031 r. – 521,21 mln zł,
- g) 2032 r. – 521,74 mln zł,
- h) 2033 r. – 522,28 mln zł,
- i) 2034 r. – 522,84 mln zł,
- j) 2035 r. – 523,41 mln zł.

2. W przypadku przekroczenia lub zagrożenia przekroczeniem przyjętego na dany rok budżetowy maksymalnego limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, zostanie zastosowany

mechanizm korygujący, polegający na zmniejszeniu kosztów związanych z realizacją zadań wynikających z ustawy.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz do dokonania oceny wykorzystania danego limitu według stanu na koniec każdego roku jest organ do spraw polityki senioralnej.

4. Organem właściwym do wdrożenia mechanizmu korygującego jest organ do spraw polityki senioralnej.

Art. 49. Traci moc 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).

Art. 50. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 34 pkt 3, który wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

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%

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

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, zwanego dalej „KPO”. Raport opisuje system opieki długoterminowej w obecnym kształcie, identyfikuje kluczowe wyzwania systemowe w obszarze opieki długoterminowej oraz zawiera rekomendacje na przyszłość. Raport identyfikuje szereg wyzwań, w stosunku do których powinny zostać podjęte działania, by poprawić obecną sytuację. Projekt ustawy odnosi się do następujących wyzwań wskazanych w przeglądzie:

- 1) zarządzanie:
 - a) brak efektywnej koordynacji międzysektorowej – wspólnych ram zarządzania opieki długoterminowej 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.

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

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 umożliwi 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 Unii Europejskiej 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 Unii Europejskiej, 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 Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), 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 Unii Europejskiej, Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Szwajcarii oraz w Zjednoczonym Królestwie (gdzie dodatkowo stosuje się postanowienia Umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską a Zjednoczonym Królestwem (UK)³). 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 Unii Europejskiej oraz umowami bilateralnymi. Celem projektowanej ustawy nie jest koordynacja świadczeń z tytułu długotrwałej opieki w rozumieniu regulacji Unii Europejskiej.

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.

³ Umowa o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10, z późn. zm.).

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 w życie aktu)

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 były całościowo zdefiniowane, 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.

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 uspojnienie 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

Dotychczasowe przepisy w obszarze opieki długoterminowej są rozproszone i niespójne, 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 powoduje, że osoby wymagające wsparcia oraz ich opiekunowie napotykają na bariery w uzyskaniu pomocy, a proces jej uzyskania 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 A70G 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.⁴:

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

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. 18 – wskazanie organów administracji rządowej odpowiedzialnych za zapewnienie spójnego funkcjonowania opieki długoterminowej i jednolitych standardów jej jakości,
 - art. 20 – wskazanie organów odpowiedzialnych za monitorowanie realizacji opieki długoterminowej oraz zasad, na jakich będzie się ono odbywać,

- art. 21 – nałożenie obowiązku sprawozdawczego dotyczącego wyników monitorowania opieki długoterminowej oraz ich publikacji, a także oceny dostępności opieki długoterminowej oraz wniosków i rekomendacji dotyczących jej funkcjonowania,
- art. 23 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), zwanej dalej „ustawą o pomocy społecznej”. 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 w życie ustawy 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 będzie odpowiedzialny za nadzór nad realizacją Programu. 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. 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 3,8⁵. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w Polsce wynoszą 0,8% PKB⁶. Natomiast w krajach OECD wydatki te stanowią ok. 1,5% PKB, z czego 2,6% PKB we Francji i 2,5% PKB w Niemczech⁷.

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. 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

⁵ Komisja Europejska (2024): Report on the implementation of the Council Recommendation on LTC (Poland).

⁶ Przytoczona wartość 0,8% PKB może ulec zwiększeniu wskutek docelowego, kompletnego ujęcia katalogu usług i świadczeń wchodzących w skład opieki długoterminowej.

⁷ Dane za 2021 rok.

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 (subsydiarności).

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. 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 niejedności interpretacyjnej, utrudniał tworzenie skutecznych narzędzi zarządzania oraz uniemożliwiał efektywną koordynację działań pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

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

Definicje te wnoszą do systemu prawnego spójność, przejrzystość i funkcjonalność, co jest warunkiem skutecznej realizacji celu ustawy, jakim jest budowa skoordynowanego systemu opieki długoterminowej wysokiej jakości. Definicje koncentrują się na potrzebach osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz na działaniach podejmowanych w celu ich zaspokojenia, a nie na instytucjonalnych ramach usług i świadczeń opieki długoterminowej. Takie podejście umożliwia jednolite rozumienie opieki długoterminowej w całym systemie, przy jednoczesnym respektowaniu istniejącego porządku prawnego i organizacyjnego. Dzięki temu jest możliwe zachowanie dotychczasowych kompetencji organów i instytucji, przy jednoczesnym wprowadzeniu mechanizmów koordynacyjnych.

Opieka długoterminowa (art. 2 pkt 2 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. Opieka długoterminowa jest dedykowana dla osób wymagających długotrwałego wsparcia, które towarzyszy im w ich codziennym życiu. Opieka ta ma charakter stały i ciągły, odpowiadając na długofalowe potrzeby osoby wymagającej wsparcia. 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 Uchodźców⁸ 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.

⁸ Working with Older Persons in Forced Displacement (UNHCR / Global Protection Cluster, 2021).

Choć Międzynarodowy Plan Działań w sprawie Starzenia (1982)⁹ oraz Zasady Narodów Zjednoczonych¹⁰ 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,

⁹ 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>.

¹⁰ United Nations Principles for Older Persons, <https://digitallibrary.un.org/record/495395>.

przygotowywania cyklicznych sprawozdań o sytuacji osób starszych oraz wykonywania Programu Bonu Senioralnego i sprawowania nadzoru nad jego realizacją przez gminy. Wprowadzenie jednoznacznego przepisu określającego organ właściwy daje podstawę do spójnego przypisania kompetencji, ułatwia koordynację działań oraz zapewnia jasność organizacyjną w realizacji polityki senioralnej.

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 stanowią m.in. przepisy art. 14 i art. 15 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 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) (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, dążąc do ich zapewnienia w środowisku zamieszkania osoby wymagającej wsparcia. 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 można wskazać następujące usługi i świadczenia opieki długoterminowej:

- 1) świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych 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 o pomocy społecznej:
 - 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 projektu ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami;
- 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 mowa 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).

Organ do spraw polityki senioralnej we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, w terminie do dnia 31 sierpnia 2026 r., sporządzi i ogłosi w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej wykaz usług i świadczeń opieki długoterminowej.

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 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 umożliwi 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 (JST), wskazane w art. 7 projektu ustawy. Działania te są zadaniami własnymi jednostek samorządu terytorialnego, realizowanymi zgodnie z właściwością wynikającą z ustawy o samorządzie gminnym¹¹, ustawy o samorządzie powiatowym¹² oraz ustawy o samorządzie województwa¹³. 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.

¹¹ Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5–8 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153, z późn. zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, w tym ośrodków i zakładów opiekuńczych, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, gminnego budownictwa mieszkaniowego, edukacji publicznej.

¹² Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1–5a ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1684, z późn. zm.) powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie: edukacji publicznej, promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, polityki prorodzinnej, wspierania osób niepełnosprawnych, polityki senioralnej.

¹³ Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2, 4 i 4a ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581, z późn. zm.) samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie: promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej.

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 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.

Natomiast w celu zapewnienia realnych i stabilnych warunków finansowych do wykonywania przez powiaty zadania własnego polegającego na koordynacji opieki długoterminowej w art. 13 projektu ustawy wprowadzono podstawę prawną do udzielania powiatom dotacji celowych z budżetu państwa na dofinansowanie realizacji tego zadania, co ma znaczenie dla jego skuteczności i jednolitego wdrożenia na terenie całego kraju. W efekcie projektowany art. 13 wzmacnia systemowy charakter rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej, zapewniając realne narzędzie wsparcia finansowego dla samorządów w związku z zadaniami z tego zakresu.

Projektowana ustawa określa zadania obligatoryjne jednostek 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 w zakresie zadań nałożonych ustawą 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 koordynowaniu 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.

Koordynator współpracuje również z innymi podmiotami w zakresie zapewnienia i rozwoju opieki długoterminowej, w szczególności będą należąc do nich jednostki samorządu terytorialnego. Współpraca ta pozwoli na wymianę informacji w szczególności w zakresie realizowanych przez te jednostki działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej (art. 7 projektu ustawy), o których koordynator będzie informował opiekunów nieformalnych i osoby bliskie (art. 10 ust. 1 pkt 8 projektu ustawy), jak również sprawozdawał w trybie art. 19 ust. 3 pkt 10 projektu ustawy.

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

Istotnym narzędziem koordynatora jest również obowiązek publikowania przez niego informacji o opiece długoterminowej na stronie internetowej 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. 14–17 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 zasadności udzielenia osobie usług lub świadczeń opieki długoterminowej, co jest zgodne z zasadą minimalizacji wynikającą z przepisów o ochronie danych osobowych.

Przepisy art. 14–17 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 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. 14 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. 14 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. 17 ust. 2 projektu ustawy). Rozwiązanie ma na celu zapewnienie spójności i przejrzystości procesu wymiany informacji oraz stworzenie mechanizmu monitoringu nad realizacją współpracy. Koordynator pełni funkcję integrującą – monitoruje przepływ danych między podmiotami, reaguje w przypadku braku informacji o sposobie wykorzystania danych (art. 17 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. Następnie koordynator otrzymuje powiadomienie zawierające 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. 17 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.

5. Współdziałanie organów centralnych

Istota współdziałania, o którym mowa w art. 18 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.19–21 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. 19 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. 20 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. 20 ust. 3 projektu ustawy.

Projektowana treść art. 21 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. 22 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. 23 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. 22. 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 ustanawianego w celu realizacji polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia. Bon senioralny jest formą wsparcia osób, które ukończyły 65. rok życia, jako świadczenie w ramach Programu. Program ten będzie realizowany przez gminy jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej.

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 zaspokajanie podstawowych potrzeb życia codziennego seniora, w szczególności:

- 1) pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowywanie posiłków, poruszanie się lub utrzymywanie porządku;
- 2) wsparcie w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych;
- 3) opiekę higieniczno-pielęgniacyjną;
- 4) zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym aktywizację intelektualną lub ruchową.

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 poprzedzających złożenie wniosku nie będzie mógł przekraczać kwoty 3410 zł.

Kryterium dochodowe, o którym mowa powyżej, będzie podlegało corocznie waloryzacji wskaźnikiem, 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 2025 r. poz. 1749, z późn. zm.). Zwaloryzowane kryterium dochodowe zostanie ogłoszone przez organ do spraw polityki senioralnej, w drodze obwieszczenia, w terminie do końca lutego.

Ponadto bon senioralny będzie przysługiwał, jeżeli senior będzie miał miejsce pobytu lub będzie zamieszkiwał na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres korzystania z bonu senioralnego oraz będzie w tym okresie spełniał warunki, o których mowa w art. 26 ust. 1 projektu ustawy.

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 o pomocy społecznej, 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 o pomocy społecznej), lub
- 4) z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej określonej w ustawie 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 o pomocy społecznej, lub
- 7) z całodobowej opieki świadczonej przez podmiot inny 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).

Program będzie realizowany:

- 1) w pierwszej kolejności – w gminach, na terenie których terenie do dnia złożenia zapotrzebowania na środki na realizację Programu nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze na rzecz seniorów, następnie
- 2) następnie – w gminach, na terenie których terenie publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla niewięcej niż 10 osób, następnie
- 3) następnie – w gminach o najwyższej prognozowanej – w perspektywie czasowej Programu – dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów.

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,
- 4) sposób monitorowania realizacji Programu oraz podmioty monitorujące.

Przy jego opracowywaniu zostaną uwzględnione zarówno potrzeby seniorów w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, jak i konieczność zapewnienia prawidłowości, sprawności oraz jednolitości przyznawania i 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 z budżetu państwa w formie dotacji celowej, a wartość środków finansowych przeznaczonych na jego realizację zostanie określona w ramach poszczególnych Programów.

Wykonanie Programu i nadzór nad jego realizacją przez gminy będzie należeć do organu do spraw polityki senioralnej. Natomiast wojewoda będzie kontrolował realizację Programu

przez gminy, co wynika z przepisów o kontroli w administracji rządowej w stosunku do realizacji zadań zleconych z zakresu administracji rządowej.

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 – art. 33 projektu ustawy

Zmiany ustawy z dnia 12 marca 2004 r. 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 art. 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 nierzadziej 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 z dnia 23 października 2018 r. 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 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – art. 34 projektu ustawy

Zmiany wprowadzane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmują 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 psychiatrycznych 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 ujednoczenie 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.

2) 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 z dnia 15 lipca 2011 r. 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

Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o społecznych formach rozwoju mieszkalnictwa, ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych, ustawa 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 z dnia 11 września 2015 r. 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. 21 projektu ustawy.

Zgodnie z projektowanym przepisem art. 46 koordynatorzy do spraw opieki długoterminowej w zakresie zadań nałożonych ustawą 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.

Projektowany art. 46 ma charakter epizodyczny, co oznacza, że pomiędzy wejściem w życie ustawy a końcem roku będą realizowane czynności o charakterze przygotowawczym.

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 w terminie do 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 w terminie do 36 miesięcy pozwoli 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 2026–2035. Limit ten został ustalony na poziomie 4 698,60 mln zł i obejmuje dwa źródła finansowania: część 16 – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów 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 z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych. Konieczność uchYLENIA 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 dodawanego w art. 34 pkt 3 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.

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 (ujednoczenie) (Dz. Urz. UE L 241 z 17.09.2015, str. 1).

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) oraz § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) projekt został zamieszczony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Nie odnotowano zgłoszeń w trybie przepisów tej ustawy.

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, będzie ono 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 RODO 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.

<p>Nazwa projektu Projekt ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Marzena Okła-Drewnowicz, Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Marlena Muszyńska, Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów e-mail: DS@kprm.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 2026-04-29</p> <p>Źródło Inne</p> <p>Nr w Wykazie prac RM 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 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, 78).

Analiza sytuacji w obszarze opieki długoterminowej w Polsce została przedstawiona w raporcie „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”¹⁾ opracowanym przez Bank Światowy w ramach realizacji kamienia milowego A69G KPO. Raport opisuje system opieki długoterminowej w obecnym kształcie, identyfikuje kluczowe wyzwania systemowe w obszarze opieki długoterminowej oraz zawiera rekomendacje na przyszłość. Autorzy raportu wskazują m.in., że system opieki długoterminowej w Polsce, choć funkcjonuje w ramach dwóch głównych sektorów: ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej – często pozostaje rozproszony, a cały system usług i świadczeń jest złożony i skomplikowany, zaś dostęp do nich nierównomierny pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.²⁾ Raport identyfikuje szereg wyzwań, względem których powinny zostać podjęte działania, aby poprawić obecną sytuację. Projekt ustawy odnosi się do następujących wyzwań wskazanych w Przeglądzie:

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

²⁾ Ibidem.

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 aby 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 umożliwi 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.

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 zakresu 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.

Projektowana ustawa wprowadza regulacje dotyczące bonu senioralnego – formy wsparcia osób, które ukończyły 65. rok życia, jako świadczenia w ramach Programu Bonu Senioralnego, ustanawianego w celu realizacji polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia tym osobom.

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.

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 do spraw opieki długoterminowej, powołanej w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi.

Obecnie 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 niejednorodności 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 z dnia 19 lipca 2019 r. 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 rozwiązania.

Zadania koordynatorów obejmować będą:

- indywidualne wsparcie doradcze w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki długoterminowej dostosowanych do potrzeb i sytuacji osoby wymagającej opieki długoterminowej, a także świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w przypadku potrzeby zapewnienia ciągłości lub właściwego rodzaju opieki,
- zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej, danych przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz danych publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i wojewodów z zakresu usług i świadczeń opieki długoterminowej,
- 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.

Koordynator 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 koordynator nawiązuje współpracę z podmiotem, do którego przekazana została informacja.

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

Ad 3. Zasady monitorowania sytuacji i ewaluacji jakości opieki długoterminowej

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

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

- indywidualnego wsparcia doradczego,
- liczby placówek realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej,
- współpracy z podmiotami, jednostkami i organizacjami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej,
- inicjatyw usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej, w tym zmierzających do poprawy 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 albo urzędu wojewódzkiego. Wytyczne w zakresie opracowania sprawozdań zostaną opublikowane na stronie Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej.

Projektowana ustawa umożliwi 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, w terminie do 36 miesięcy od wejścia w życie ustawy, dokona przeglądu funkcjonowania ustawy i przedłoży Radzie Ministrów informację o skutkach jej obowiązywania. 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) umożliwiającą 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 za 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.

Koordinаторы 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-pielęgnacyjną 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 z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych; Dz. U. z 2025 r. poz. 1208, z późn. zm.) w trzech miesiącach poprzedzających złożenie wniosku 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 waloryzacji 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.:

- ustaleniem na seniora prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna,
- ze świadczeniem wspierającym,
- ze specjalnymi usługami opiekuńczymi w ośrodkach wsparcia,
- z usługami opiekuńczymi albo asystencją osobistą dofinansowanymi z programów rządowych lub resortowych,
- z całodobową opieką stacjonarną świadczoną 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,
 - przez inny podmiot,
- z instytucjonalną opieką dzienną.

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

Program jest realizowany:

- w pierwszej kolejności w gminach, na terenie których do dnia złożenia zapotrzebowania na środki na realizację Programu nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze na rzecz seniorów,
- następnie w gminach, na terenie których publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla niewięcej niż 10 osób,
- następnie w gminach o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów.

Program będzie przyjmowane na okresy 3-letnie i będzie finansowany w formie dotacji celowej z budżetu państwa. Wykonywanie Programu oraz nadzór nad jego realizacją sprawowany będzie przez organ do spraw polityki senioralnej, zaś kontrola realizacji Programu przez gminy realizowana będzie przez wojewodów, co wynika z przepisów o kontroli w administracji rządowej w zakresie realizacji zadania zleconego z zakresu administracji rządowej. 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 długoterminowej³⁾

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

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

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) definiuje opiekę długoterminową (w obszarze zdrowia i społecznym) jako szereg usług medycznych, opieki osobistej i pomocy, których głównym celem jest łagodzenie bólu i zmniejszanie lub kontrolowanie pogorszenia stanu zdrowia u osób w pewnym stopniu uzależnionych od innych przez długi czas, udzielanie im pomocy w zakresie opieki osobistej (poprzez pomoc w codziennych czynnościach, ADL, takich jak jedzenie, mycie i ubieranie się) oraz pomaganie im w samodzielnym życiu (poprzez pomoc w podstawowych czynnościach dnia codziennego, IADL, takich jak gotowanie, robienie zakupów i zarządzanie finansami)⁴⁾.

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

Koordynacja systemu opieki długoterminowej⁵⁾

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 urządowi 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.

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

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

⁵⁾ Ibidem.

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

Monitorowanie sytuacji i ewaluacja jakości opieki długoterminowej

W Holandii funkcjonuje ogólny system oceny jakości opieki zdrowotnej – Indeks Jakości Konsumenta (Consumer Quality Index, CQI). Jest to znormalizowany system pomiaru, analizy i raportowania doświadczeń klientów w zakresie opieki zdrowotnej. Został on zmodyfikowany pod kątem specyfiki opieki długoterminowej. System CQI uwzględnia opinie beneficjentów i ich przedstawicieli w rozbiciu na dziesięć aspektów obejmujących: 1) plan opieki i jego ocenę, 2) wspólne podejmowanie decyzji, 3) komunikację i informację, 4) samopoczucie fizyczne, 5) fachowość i bezpieczeństwo opieki, 6) warunki bytowe, 7) samostanowienie, 8) samopoczucie psychiczne, 9) bezpieczeństwo ogólne oraz 10) dostępność i ciągłość opieki. Obecnie rozwijane są kwestionariusze dotyczące m.in. opieki osobistej i opieki domowej oraz opieki nad osobami niepełnosprawnymi⁶⁾.

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 pielęgniarstkich są osiąganym. 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 społecznym⁷⁾.

W Danii dwie ustawy (o usługach socjalnych oraz o zdrowiu) tworzą ramy prawne i określają definicje oraz obowiązki dotyczące jakości opieki długoterminowej. Duńskie ramy jakości określają narzędzia, standardy i procedury dla właściwych organów w zakresie monitorowania i oceny jakości. Brak jest standardów jakości opieki długoterminowej określonych na poziomie kraju – jest to zadanie samorządu terytorialnego, który co roku określa standardy jakości dla tej opieki mające zastosowanie do wszystkich publicznych i prywatnych usługodawców. Dania prowadzi rejestr użytkowników opieki długoterminowej, umożliwiając 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.⁸⁾.

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 upubliczniane⁹⁾.

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

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

⁷⁾ 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.).

⁸⁾ Ibidem.

⁹⁾ Ibidem.

ubezpieczonych i ich pracodawców. Ubezpieczenie ma pokrywać koszty związane z wydatkami na opiekę osób, których samodzielność i kompetencje są ograniczone ze względu na problemy 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 poruszania 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 skali 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 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 umożliwia odbiorcom usług podejmowanie samodzielnej decyzji o sposobie pozyskania usług – zapłacenie za usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania lub opłacenie opieki 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 rodziny¹⁰⁾.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby korzystające z usług i świadczeń niepieniężnych w ramach opieki długoterminowej	414 tys. osób (2024 r.)	Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-03 i MRiPS-06 za 2024 r. oraz publikacji GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 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

¹⁰⁾ 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.

			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 systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.
Organ, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych – organ ds. polityki senioralnej	1	dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych z koordynacją, monitorowaniem i ewaluacją opieki długoterminowej, opracowanie sprawozdania z wyników monitorowania opieki długoterminowej, przygotowanie i udostępnienie rozwiązania organizacyjno-technicznego służącego do prowadzenia analiz wspomagających monitorowanie opieki długoterminowej, opracowanie założeń systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych z monitorowaniem opieki długoterminowej.
Wojewodowie	16	Dane administracyjne	Realizacja zadań dotycząca monitorowania opieki długoterminowej w województwie, w tym opracowanie zbiorczego sprawozdania z realizacji zadań przez koordynatorów i jego publikacja na stronie BIP urzędu.

Powiaty	380 w tym 66 miast na prawach powiatów.	Dane administracyjne	Opiniowanie sprawozdań koordynatorów i publikacja ich na stronie BIP starostwa powiatowego.
Gminy	2479 (2025 r.)	GUS: https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/	Realizacja zadań związanych z realizacją Programu Bonu Senioralnego.
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 powstałe z przekształcenia miejskiego ośrodka pomocy społecznej 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 nieznaną	Brak 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 2025 r. i zakończyły 30 grudnia 2025 r. Wniesione opinie posłużyły do opracowania zmienionej wersji projektu ustawy.

Projekt został przekazany do opinii reprezentatywnym organizacjom związków zawodowych, pracodawców oraz Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego

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 niesamodzielny” – 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;
15. Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów;
16. Caritas Polska;
17. Polskiego Czerwonego Krzyża.

W ramach opiniowania projekt został przekazany do następujących podmiotów:

1. Naczelna Rada Lekarska;
2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
3. Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego;
4. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
5. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
6. Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie;

7. Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
8. Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa mazowieckiego;
9. Wojewoda dolnośląski;
10. Wojewoda kujawsko-pomorski;
11. Wojewoda lubelski;
12. Wojewoda lubuski;
13. Wojewoda łódzki;
14. Wojewoda małopolski;
15. Wojewoda mazowiecki;
16. Wojewoda podkarpacki;
17. Wojewoda podlaski;
18. Wojewoda opolski;
19. Wojewoda śląski;
20. Wojewoda świętokrzyski;
21. Wojewoda warmińsko-mazurski;
22. Wojewoda wielkopolski;
23. Wojewoda pomorski;
24. Wojewoda zachodniopomorski.

W celu wykonania wynikającego z przepisów obowiązującego prawa obowiązku zasięgnięcia opinii projekt ustawy otrzymali:

1. NSZZ „Solidarność”;
2. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
3. Forum Związków Zawodowych;
4. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
5. Konfederacja „Lewiatan”;
6. Związek Rzemiosła Polskiego;
7. Związek Pracodawców Business Centre Club;
8. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
9. Federacja Przedsiębiorców Polskich;
10. Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
11. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
12. Rzecznik Praw Obywatelskich;
13. Rzecznik Praw Pacjenta.

Proces uzgodnienia uwag i dostosowania tekstu projektu ustawy do nich przebiegał we współpracy z przedstawicielami Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia.

W związku ze zmianą koncepcji realizacji zadań w zakresie polityki senioralnej, na etapie wprowadzania uwag uzyskanych w procesie uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych projekt ustawy uzupełniony został o przepisy dotyczące realizacji koncepcji bonu senioralnego w formie programu rządowego. Rozwiązanie to było przedmiotem projektu odrębnej ustawy (nr w Wykazie: UA3), która w okresie: 14 października 2024 r. – 12 grudnia 2024 r. oraz 9 września 2025 r. – 22 września 2025 r. podlegała uzgodnieniom, opiniowaniu i konsultacjom publicznym.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0,0781	0,3221	0,3305	0,3386	0,3468	0,3555	0,3644	0,3734	0,3827	0,3924	0,4022	3,6867
budżet państwa – PIT	0,0027	0,0112	0,0115	0,0118	0,0121	0,0124	0,0127	0,013	0,0133	0,0137	0,014	0,1284
budżet JST – udział w podatku PIT	0,0154	0,0636	0,0653	0,0669	0,0685	0,0702	0,072	0,0738	0,0756	0,0775	0,0794	0,7282
FUS – składki emerytalno-rentowe	0,0454	0,1869	0,1917	0,1965	0,2012	0,2063	0,2114	0,2167	0,2221	0,2277	0,2334	2,1393
NFZ – składki zdrowotne	0,0111	0,0459	0,0471	0,0482	0,0494	0,0506	0,0519	0,0532	0,0545	0,0559	0,0573	0,5251
Fundusz Pracy – składki	0,0014	0,0059	0,0061	0,0062	0,0064	0,0065	0,0067	0,0068	0,007	0,0072	0,0074	0,0676

Fundusz Solidarnościowy – składki	0,0021	0,0086	0,0088	0,009	0,0092	0,0095	0,0097	0,0099	0,0102	0,0104	0,0107	0,0981
Wydatki ogółem	100,1727	419,9402	520,4394	520,9306	521,4532	521,9895	522,5393	523,1027	523,6803	524,2723	524,8791	5223,40
budżet państwa – wydatki na dofinansowanie obsługi zadań koordynatorów w powiecie	0	19,2286	19,7093	20,1823	20,6869	21,2041	21,7342	22,2775	22,8345	23,4053	23,9905	215,2532
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	8,1461
budżet państwa – wydatki na Program Bonu Senioralnego	100	400	500	500	500	500	500	500	500	500	500	5000
Saldo ogółem	-100,0946	-419,6181	-520,1089	-520,592	-521,1064	-521,634	-522,1749	-522,7293	-523,2976	-523,8799	-524,4769	-5219,7126
budżet państwa	-100,1700	-419,9290	-520,4279	-520,9188	-521,4411	-521,9771	-522,5266	-523,0897	-523,6670	-524,2586	-524,8651	-5223,2709
JST	0,0154	0,0636	0,0653	0,0669	0,0685	0,0702	0,072	0,0738	0,0756	0,0775	0,0794	0,7282
FUS	0,0454	0,1869	0,1917	0,1965	0,2012	0,2063	0,2114	0,2167	0,2221	0,2277	0,2334	2,1393
NFZ	0,0111	0,0459	0,0471	0,0482	0,0494	0,0506	0,0519	0,0532	0,0545	0,0559	0,0573	0,5251
Fundusz Pracy	0,0014	0,0059	0,0061	0,0062	0,0064	0,0065	0,0067	0,0068	0,007	0,0072	0,0074	0,0676
Fundusz Solidarnościowy – składki	0,0021	0,0086	0,0088	0,009	0,0092	0,0095	0,0097	0,0099	0,0102	0,0104	0,0107	0,0981
Źródła finansowania	<p>Wydatki związane z wejściem w życie ustawy zostaną sfinansowane ze środków budżetu państwa w następujących częściach budżetowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 85 – Województwa, w zakresie dofinansowania kosztów realizacji zadań koordynatorów oraz finansowania Programu Bonu Senioralnego; – 16 – KPRM, w zakresie wynagrodzeń dla nowych etatów w KPRM w związku ze zwiększeniem liczby etatów w urzędzie obsługującym organ ds. polityki senioralnej. <p>Realizacja przepisów ustawy z zakresu koordynacji opieki długoterminowej będzie należeć do zadań własnych powiatów. Realizacja działań informacyjnych i edukacyjnych będzie należeć do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego.</p> <p>Wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu Bonu Senioralnego jest określana odrębnie w każdej edycji Programu. Wydatki po 2028 r. wyniosą 500 mln rocznie. Program realizować będą gminy jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej. Zgodnie z projektem rozporządzenia w sprawie Programu Bonu Senioralnego po dwóch latach realizacji Programu przeprowadzona zostanie jego ewaluacja, która pozwoli m.in. na określenie skali zapotrzebowania składanego przez gminy, skali rzeczywistego wykorzystania środków, o które wystąpiły gminy czy też wyzwań związanych z wdrażaniem Programu.</p>											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<p>Koszty realizacji zadań koordynatorów zostały oszacowane przy wykorzystaniu następujących założeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zadania koordynatorów obejmować będą m.in.: <ol style="list-style-type: none"> a. zbieranie i udostępnianie informacji na temat dostępnych w powiecie usług i świadczeń opieki długoterminowej, b. informowanie mieszkańców o dostępnych formach opieki i wsparcia na terenie powiatu, c. współpracę z instytucjami systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, lokalnymi NGO oraz innymi koordynatorami w zakresie rozwoju instytucji opieki długoterminowej w powiecie, d. promowanie i wspieranie edukacji i wsparcie dla opiekunów nieformalnych, e. identyfikowanie potrzeb i deficytów w zakresie dostępnych usług opieki długoterminowej. 											

2. Rolą koordynatora będzie przygotowanie oraz bieżąca aktualizacja informacji na temat wszystkich dostępnych na terenie powiatu form wsparcia w ramach opieki długoterminowej. Informacje te powinny być upublicznione na stronie internetowej PCPR, MOPR lub CUS. Koordynatorzy powinni utrzymywać bieżący kontakt ze świadczeniodawcami opieki długoterminowej w powiecie, a także z koordynatorami w innych powiatach. Koordynatorom zostanie pozostawiona swoboda sposobu organizacji realizacji powierzonych im zadań.
3. Koordynatorzy będą także realizować poradnictwo indywidualne.
4. Środki na dofinansowanie kosztów realizacji zadań koordynatorów zostały określone w wysokości 4200,00 zł Kwota określona została na poziomie około 90% wartości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2025 r. na powiat miesięcznie. Środki te będą mogły być wykorzystane przez koordynatorów na np. dostosowanie stanowisk pracy, dodatki lub uzupełnienie wynagrodzeń koordynatora lub pracowników urzędu obsługujących go. Podział tych środków uzależniony będzie od polityki kadrowej urzędu obsługującego koordynatora. Co do zasady stanowić one będą uzupełnienie środków finansowych przeznaczanych przez powiat na realizację zadań w zakresie koordynacji opieki długoterminowej przez już zatrudnionych pracowników.
5. 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.
6. Środki na dofinansowanie kosztów zadań koordynatorów w kolejnych latach zostały skorygowane o wartość wskaźnika CPI zgodnie z „Wytocznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja – lipiec 2025 r.”.
7. Określenie całkowitych kosztów wprowadzenia koordynatorów na poziomie powiatu jest niemożliwe w związku z tym, że każdy koordynator będzie mógł w granicach prawnych indywidualnie określić sposób realizacji zadań wskazanych w projekcie ustawy, w tym jakie narzędzia będą wykorzystane do realizacji zadań koordynatora oraz jak zorganizowana zostanie obsługa tych zadań.
8. 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 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.
9. 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 na realizację Programu zostały określone w wysokości: 100 mln zł w 2026 r. (3 miesiące realizacji), 400 mln zł w 2027 r. oraz 500 mln zł od 2028 r.
10. 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

	<p>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>11. Biorąc pod uwagę przeciętne wynagrodzenie pracownika świadczącego usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych w 2025 r. (wyniosło ok. 5700 brutto (https://wynagrodzenia.pl/moja-placa/ile-zarabia-opiekunka-osob-starszych), 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 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm. (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>12. Rok oznaczony 0 to 2026 r.</p> <p>13. Wprowadzenie rozwiązań wskazanych w ustawie nie powinno powodować innych skutków finansowych, niż te wskazane w powyższej tabeli. Ewentualne wydatki wynikające z projektu będą finansowane w ramach środków pozostających w dyspozycji poszczególnych dysponentów części budżetowych, bez konieczności ich zwiększania o dodatkowe środki z budżetu państwa. Ponadto w zakresie ochrony zdrowia sfinansowanie przedmiotowych wydatków nastąpi w ramach nakładów na zdrowie, w tym części 46 – Zdrowie, które zostaną pokryte w ramach wysokości środków przeznaczonych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia, ustalonych zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), bez konieczności ich dodatkowego zwiększania.</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	<i>Łącznie (0–10)</i>
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		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
<p>Komentarz:</p> <p>Ustawa wprowadza obowiązek współpracy z koordynatorem dla podmiotów realizujących usługi i świadczenia, które zaliczone zostaną do opieki długoterminowej w zakresie wymiany informacji.</p> <p>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.</p>		
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		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input checked="" type="checkbox"/> inne: pomoc społeczna	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> 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 jak m.in.: 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</p>	

	<p>organizacyjne pomocy społecznej i podmioty lecznicze, będzie ono 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 w zakresie niezbędnym do oceny potrzeby udzielenia właściwych usług lub świadczeń opieki długoterminowej.</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>
<p>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</p>	
<p>Projektowana ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 34 pkt 3, który wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.</p>	
<p>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</p>	
<p>Ewaluacja efektów funkcjonowania ustawy nastąpi w terminie do 36 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy dokona organ do spraw polityki senioralnej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia.</p> <p>W ramach ewaluacji zostaną zastosowane mierniki oparte na analizie danych jakościowych i ilościowych. W szczególności obejmować one będą informacje zawarte w sprawozdaniach składanych przez koordynatorów, w tym m.in. dane dotyczące realizacji zadań, osiągnięcia zakładanych efektów oraz identyfikacji napotkanych problemów. Ponadto wykorzystane zostaną zagregowane dane statystyczne przekazywane przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, pozwalające na ocenę skali, efektywności i rezultatów realizowanych działań.</p>	
<p>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</p>	
<p>Brak.</p>	

RAPORT Z KONSULTACJI¹⁾
projektu ustawy o opiece długoterminowej (UD326)

I. Omówienie wyników konsultacji publicznych i opiniowania

Projekt ustawy o opiece długoterminowej został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, jak również opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów umożliwiając zapoznanie się z jego treścią wszystkim zainteresowanym podmiotom.

Projekt ustawy skierowano do konsultacji publicznych i opiniowania 16 grudnia 2025 r., a ten etap zakończył się 30 grudnia 2025 r.²⁾ Celem konsultacji było pozyskanie szerokiego spektrum opinii i doświadczeń przedstawicieli sektora ochrony zdrowia, pomocy i integracji społecznej, środowisk senioralnych, organizacji pozarządowych oraz podmiotów reprezentujących osoby z niepełnosprawnościami i ich opiekunów. Zgłoszone opinie umożliwiły przygotowanie zmienionej wersji projektu ustawy, lepiej odzwierciedlającej potrzeby społeczne i praktyczne aspekty wdrażania rozwiązań w zakresie koordynacji opieki długoterminowej.

W ramach konsultacji publicznych projekt 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”;

¹⁾ Niniejszy raport został sporządzony na podstawie § 51 ust. 1 i 2 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404).

²⁾ Początkowo, z uwagi na fakt, iż projektowana regulacja ma na celu realizację zapisów Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, termin na zgłaszanie uwag został skrócony do 7 dni. Natomiast w związku ze zgłaszanymi postulatami przez zainteresowane strony w procesie konsultacji publicznych, termin ten przedłużono do 30 grudnia 2025 r. włącznie.

- 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;
- 15) Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów;
- 16) Caritas Polska;
- 17) Polskiego Czerwonego Krzyża.

W ramach opiniowania projekt został przekazany do następujących podmiotów:

- 1) Naczelna Rada Lekarska;
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego;
- 4) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
- 6) Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie;
- 7) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- 8) Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla województwa mazowieckiego;
- 9) Wojewoda dolnośląski;
- 10) Wojewoda kujawsko-pomorski;
- 11) Wojewoda lubelski;
- 12) Wojewoda lubuski;

- 13) Wojewoda łódzki;
- 14) Wojewoda małopolski;
- 15) Wojewoda mazowiecki;
- 16) Wojewoda podkarpacki;
- 17) Wojewoda podlaski;
- 18) Wojewoda opolski;
- 19) Wojewoda śląski;
- 20) Wojewoda świętokrzyski;
- 21) Wojewoda warmińsko-mazurski;
- 22) Wojewoda wielkopolski;
- 23) Wojewoda pomorski;
- 24) Wojewoda zachodniopomorski.

W celu wykonania wynikającego z przepisów obowiązującego prawa obowiązku zasięgnięcia opinii projekt ustawy otrzymali:

- 1) NSZZ „Solidarność”;
- 2) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 3) Forum Związków Zawodowych;
- 4) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 5) Konfederacja „Lewiatan”;
- 6) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 7) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 8) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 9) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 10) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 11) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 12) Rzecznik Praw Obywatelskich;
- 13) Rzecznik Praw Pacjenta.

Wyniki konsultacji i opiniowania

Podmioty, które zgłosiły uwagi w ramach konsultacji publicznych

Uwagi zgłosiła większość organizacji, do których skierowano projekt ustawy. Opinię przekazały m.in.:

- Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”,
- Polskie Forum Osób z Niepełnosprawnościami,
- Ogólnopolskie Stowarzyszenie Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie „Centrum”,
- Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego,
- Stowarzyszenia skupiające OPS i DPS,
- organizacje reprezentujące opiekunów nieformalnych,
- organizacje zrzeszające pacjentów oraz podmioty prowadzące usługi opiekuńcze.

Zgłoszone uwagi dotyczyły m.in. zakresu definicji, roli koordynatora, zadań jednostek samorządu terytorialnego oraz katalogu usług.

Podmioty, które zgłosiły uwagi w ramach opiniowania

Znaczna część podmiotów opiniujących również wniosła uwagi. Wśród nich:

- Naczelna Rada Lekarska,
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia,
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy,
- Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie,
- Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz konsultanci wojewódzcy,
- przedstawiciele administracji rządowej w terenie (województwie).

Uwagi koncentrowały się na aspektach organizacyjnych, spójności systemowej i wykonalności projektowanych rozwiązań.

Pozostałe podmioty zgłaszające uwagi:

W debacie nad projektowanymi rozwiązaniami zabrały głos również organizacje branżowe, eksperckie i społeczne, m.in.: Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej, Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu – EAPN Polska, Fundacja Hospicyjna, Stowarzyszenie Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej „Jednym Tchem”, Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki, Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED, Fundacja Pro Omnis, Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną – Koło w Gdańsku, jak również pojedyncze osoby fizyczne.

Podsumowanie

Łącznie przeanalizowano 149 uwag zgłoszonych w ramach konsultacji publicznych oraz 115 – w ramach opiniowania. Zgłoszone uwagi i opinie zostały poddane szczegółowej analizie. Część z nich uwzględniono, wprowadzając zmiany porządkujące, wzmacniające przejrzystość przepisów lub zwiększające funkcjonalność rozwiązań.

Jednocześnie wielu postulatów nie uwzględniono ze względu na ramowy i koordynacyjny charakter ustawy, który nie przewiduje ingerencji w przepisy sektorowe regulujące świadczenia zdrowotne, społeczne i rehabilitacyjne.

Projekt po konsultacjach zachował swój zasadniczy kierunek, natomiast został doprecyzowany tam, gdzie zwiększa to przejrzystość, wykonalność i spójność regulacji. Szczegółowe odniesienia do każdej zgłoszonej uwagi przedstawiono w tabeli odniesienia się do uwag, stanowiących załącznik do raportu.

II. Przedstawienie wyników zasięgnięcia opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia projektu z właściwymi organami i instytucjami Unii Europejskiej, w tym Europejskim Bankiem Centralnym

Projekt nie wymagał przedłożenia organom i instytucjom Unii Europejskiej w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

III. Wskazanie podmiotów, które zgłosiły zainteresowanie pracami nad projektem w trybie przepisów o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa

Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) projektowana ustawa została udostępniona na stronie Rządowego Centrum Legislacji. W toku prac nad projektem nie zgłoszono zainteresowania udziałem w pracach w trybie lobbingowym.

Formularz zgłaszania uwag do projektu ustawy o opiece długoterminowej (UD326) – konsultacje publiczne

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
Projekt ustawy						
1	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	Tytuł	Ustawa o opiece długoterminowej	ustawa o koordynacji świadczeń pielęgnacyjnych – opiekuńczych	Proponowana ustawa nie tworzy systemu opieki długoterminowej, lecz wprowadza ogólne zasady koordynacji świadczeń opiekuńczych o charakterze informacyjnym	Uwaga uwzględniona.
2	Fundacja Jesteśmy Ważni	art. 2 projektu ustawy	4) opiekun nieformalny – osoba systematycznie opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, niepobierająca, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym osoba bliska, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą lub inna osoba niezobowiązana do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem;	Proponuje się dodanie po art. 2 pkt 4 nowego punktu w brzmieniu: 4a) opiekun długoterminowy dziecka lub osoby dorosłej z niepełnosprawnością – opiekun nieformalny sprawujący stałą, długotrwałą opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością lub dorosłą osobą z niepełnosprawnością wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Celem proponowanej zmiany jest wyodrębnienie szczególnej kategorii opiekunów nieformalnych, jaką stanowią rodzice dzieci z niepełnosprawnościami oraz opiekunowie dorosłych osób z niepełnosprawnościami wymagających długotrwałego wsparcia. Specyfika tej opieki polega na jej wieloletnim, często wielodekadowym charakterze, wysokim obciążeniu psychicznym oraz braku naturalnego zakończenia procesu opieki, co odróżnia ją od opieki sprawowanej nad osobami starszymi. Wyodrębnienie tej kategorii umożliwi właściwe monitorowanie potrzeb, projektowanie adekwatnych form wsparcia oraz tworzenie standardów odpowiadających rzeczywistym warunkom sprawowania opieki.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy posługuje się szeroką definicją opiekuna nieformalnego, która obejmuje również osoby sprawujące długotrwałą opiekę nad dziećmi i dorosłymi osobami z niepełnosprawnościami. Projekt nie różnicuje uprawnień ani zadań w zależności od wieku osoby wymagającej wsparcia ani od długości trwania opieki, dlatego wprowadzenie dodatkowej definicji nie znajduje odzwierciedlenia w treści normatywnej ustawy. Potrzeby wskazane w uzasadnieniu uwagi mogą być realizowane w ramach już przewidzianych mechanizmów ustawy, bez konieczności tworzenia odrębnej kategorii definicyjnej.
3	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 2	Brak definicji koordynacji – art. 2 definiuje m.in. „opiekę długoterminową”, „opiekę nieformalną”, „organ ds. polityki senioralnej”, „podmioty wykonujące działalność leczniczą”, ale nie	W art. 2 dodać pkt 8 i 9: „8) koordynacji opieki długoterminowej – rozumie się przez to zespół działań organizacyjnych i informacyjnych zapewniających osobie wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	WB definiuje koordynację jako podejście zapewniające płynne przechodzenie przez continuum opieki (World Bank, 2025, s. 121). Dopisanie definicji domyka logikę projektu (koordynacja jako cel systemowy), a zarazem daje podstawę do standardów ograniczających fragmentację wskazaną	Uwaga nieuwzględniona. Definicje proponowane w pkt 8 i 9 nie zostały przyjęte, ponieważ wykraczają poza zakres pojęciowy niezbędny do stosowania przepisów ustawy. Projekt posługuje się terminem „koordynacja opieki długoterminowej” w znaczeniu

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			definiuje „koordynacji” jako procesu	oraz jej rodzinie i opiekunowi nieformalnego płynne przechodzenie pomiędzy usługami i świadczeniami opieki długoterminowej, w szczególności między systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w tym poprzez uzgadnianie kolejności działań, wymianę informacji oraz monitorowanie ciągłości wsparcia; 9) sprawie koordynacyjnej – rozumie się przez to indywidualny proces koordynacji prowadzony przez koordynatora za zgodą osoby wymagającej wsparcia lub jej przedstawiciela ustawowego.”	przez ESPAN i WB (ESPAN, 2025, s. 65; World Bank, 2025, s. 20-22).	funkcjonalnym, wynikającym z treści rozdziału dotyczącego zadania koordynatora oraz zasad współpracy podmiotów. Doprecyzowanie definicji w formie zaproponowanej w uwadze nadawałoby temu pojęciu znacznie szerszy zakres, obejmujący działania organizacyjne, informacyjne i monitorujące, które nie w pełni odpowiadają zakresowi zadań koordynatora określonego w projekcie. Wprowadzenie definicji „sprawy koordynacyjnej” również nie znajduje odzwierciedlenia w normatywnych przepisach projektu i mogłoby sugerować istnienie odrębnej procedury lub trybu postępowania, które nie zostały przewidziane ustawą. Cele przywołane w uzasadnieniu uwagi, dotyczące ograniczania fragmentacji systemu oraz zapewnienia ciągłości wsparcia, są realizowane poprzez ogólne mechanizmy koordynacji opisane w ustawie i nie wymagają wprowadzenia dodatkowych definicji o charakterze opisowym. Z tego względu propozycja nie została uwzględniona.
4	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	art. 2 projektu ustawy	Opieka długoterminowa – 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	Opieka długoterminowa - system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, o charakterze trwałym lub długotrwałym, wynikającym z przewlekłych ograniczeń sprawności i nie mającym charakteru wyłącznie	W art. 2 pkt 2 projektu ustawy zdefiniowano opiekę długoterminową jako system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych. Definicja ta w sposób trafny opisuje cele opieki długoterminowej oraz jej aksjologiczne podstawy (samodzielność, niezależność, poszanowanie godności, wsparcie	Uwaga nieuwzględniona. Definicja opieki długoterminowej wypracowana została w ramach powołanego Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, zatem ewentualna potrzeba jej doprecyzowania będzie rozpatrywana przez to grono na potrzeby zaplanowanej

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			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;	czasowego, interwencyjnego lub rehabilitacyjnego, 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.	opiekunów nieformalnych), jednak nie zawiera elementu pozwalającego jednoznacznie określić, kiedy dane wsparcie ma charakter „długoterminowy”. Brak odniesienia do czasowego lub funkcjonalnego kryterium długoterminowości może prowadzić do rozbieżności interpretacyjnych pomiędzy podmiotami systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w szczególności w zakresie kwalifikowania świadczeń krótkookresowych, poszpitalnych lub rehabilitacyjnych jako elementów opieki długoterminowej. W konsekwencji może to utrudniać koordynację działań, monitoring systemu oraz porównywalność danych na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym.	ewaluacji funkcjonowania ustawy. Na marginesie należy dodać, iż dodanie iż wsparcie ma charakter długoterminowy może powodować wątpliwości interpretacyjne w zakresie precyzyjnego określenia długości czasookresu odnoszącego się do sformułowania „długoterminowy”.
5	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	definicje / art. 2	DPS nie jest wskazany jako odrębny element systemu opieki długoterminowej.	Uzupełnić definicję systemu o DPS jako jednostkę zapewniającą całodobową opiekę długoterminową.	DPS-y obsługują osoby o najwyższym poziomie zależności; ich nieuwzględnienie prowadzi do niespójności systemowej.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie rozszerza ani nie zmienia katalogu jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, w tym domów pomocy społecznej, których zadania oraz zasady funkcjonowania są kompleksowo uregulowane w ustawie o pomocy społecznej. DPS-y są już w tym systemie jednoznacznie zdefiniowanymi instytucjami całodobowej opieki i nie ma potrzeby powtarzania tych regulacji ani wprowadzania ich ponownie w definicjach projektowanej ustawy. Celem definicji „opieki długoterminowej” w art. 2 jest opisanie charakteru wsparcia, a nie enumeratywne wyliczenie

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						poszczególnych form instytucjonalnych, które są określone w odrębnych ustawach sektorowych. Włączanie DPS-ów do definicji ustawowej mogłoby zaburzać systematykę projektu oraz prowadzić do niespójności legislacyjnej, tworząc iluzję odmiennego statusu tych jednostek mimo braku zmian w ich funkcjonowaniu. Z tego względu proponowane uzupełnienie nie zostało uwzględnione. Jednocześnie w uzasadnieniu do projektu jednostki te zostały wskazane jako funkcjonujące w ramach usług i świadczeń opieki długoterminowej.
6	Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	art. 2 pkt 2) projektu ustawy art. 2 pkt 4) projektu ustawy art. 2 projektu ustawy	2) opieka długoterminowa – 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;	2) opieka długoterminowa – kompleksowy oraz skoordynowany 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 minimalizacja 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;	Ustawa jako dokument nadrzędny do aktów wykonawczych powinna wskazywać w definicji opieki długoterminowej na konieczność dążenia do kompleksowości oraz koordynacji usług i świadczeń w tym zakresie. Uważamy określenie „minimalizacja” za bardziej właściwe niż „zmniejszenie”, ponieważ określając cele opieki długoterminowej na każdym etapie realizowanych usług i świadczeń należy w pierwszej kolejności dążyć do ograniczenia (minimalizacji) utraty	Uwaga częściowo uwzględniona. Projekt ustawy zawiera normę stanowiącą, że usługi i świadczenia opieki długoterminowej realizuje się w sposób kompleksowy i skoordynowany. Definicja opieki długoterminowej wypracowana została w ramach powołanego Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, zatem ewentualna potrzeba jej doprecyzowania będzie rozpatrywana przez to grono na potrzeby

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			4) opiekun nieformalny – osoba systematycznie opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, niepobierająca, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym osoba bliska, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą lub inna osoba niezobowiązana do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem;	4) opiekun nieformalny – osoba systematycznie opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, niepobierająca, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym osoba bliska, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą lub inna osoba niezobowiązana do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem; <u>Dodanie do Art. 2:</u> 8) apteki – placówki ochrony zdrowia publicznego, o których mowa w art. 86 ust. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne; 9) punkty apteczne – placówki, które mogą prowadzić detaliczny obrót produktami leczniczymi poza aptekami, o których mowa w art. 70 ustawy Prawo farmaceutyczne; 10) sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego – placówki obrotu pozaaptecznego, o których mowa w art. 71 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne;	sprawności i samodzielności, a nie tylko do ich zmniejszenia. Proponujemy wykreślenie określenia „systematycznie” ponieważ może ono oznaczać opiekę sprawowaną np. jeden dzień w miesiącu albo jedną godzinę w tygodniu. Proponujemy uwzględnienie w Art. 2 dodatkowo trzech rodzajów placówek, których rola już dzisiaj jest kluczowa w zakresie zaopatrzenia beneficjentów opieki długoterminowej (pacjent, opiekun nieformalny, osoba bliska) w wyroby medyczne, bez których współczesna opieka długoterminowa nie mogłaby być realizowana. Ponadto, rola informacyjno-edukacyjna wszystkich trzech rodzajów placówek, będzie w naszym przekonaniu coraz istotniejsza w świetle procedowanych zmian w prawie farmaceutycznym (projekt UD291).	zaplanowanej ewaluacji funkcjonowania ustawy. Proponowane wykreślenie słowa „systematycznie” nie zostało przyjęte. Określenie to ma na celu odróżnienie stałej, powtarzalnej opieki od pomocy incydentalnej. Pozostawienie tego sformułowania zapewnia precyzyjniejsze zdefiniowanie opiekuna nieformalnego i umożliwi jednolitą interpretację przepisów. Natomiast kwestia te zostanie doprecyzowana w uzasadnieniu do projektu ustawy. Przepis projektowanej ustawy ma na celu wprowadzenie definicji terminów używanych w dalszych przepisach projektowanej ustawy. Terminy „apteki”, „punkty apteczne” i „sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego” nie są stosowane w dalszych przepisach projektu, w związku z czym nie wydaje się zasadne określanie ich definicji.
7	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony	art. 2 projektu ustawy	Brak definicji DPS jako podmiotu opieki długoterminowej	Dodaje się pkt: „dom pomocy społecznej realizujący opiekę długoterminową – dom pomocy społecznej, w tym DPS dla osób	Brak definicji powoduje systemowe pomijanie DPS w projektowanym systemie, mimo że realizują one opiekę całodobową o charakterze	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 5.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
	Zdrowia Region Podkarpacki			przewlekłe psychicznie chorych, zapewniający całodobową opiekę, świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze oraz świadczenia zdrowotne zgodnie z odrębnymi przepisami.”	długoterminowym, często bardziej kompleksową niż ZOL/ZPO.	
8	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	art. 2 pkt 2 – definicja opieki długoterminowej	opieka długoterminowa – system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia (...) ustalanych indywidualnie na podstawie kryteriów kwalifikacyjnych (...)	opieka długoterminowa – system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, objętych tym systemem na podstawie przeprowadzonej oceny potrzeb zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych, ustalanych indywidualnie na podstawie kryteriów kwalifikacyjnych (...)	Doprecyzowanie momentu objęcia systemem pozwala na jednoznaczne wskazanie początku koordynacji opieki i ogranicza uznaniowość.	Uwaga nieuwzględniona. Ustawa nie zmienia dotychczasowego systemu jeżeli chodzi o kwalifikowanie do poszczególnych form wsparcia w ramach opieki długoterminowej.
9	Osoba fizyczna	Art. 2 ust. 2 projektu ustawy	opieka długoterminowa – 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	„opieka długoterminowa – system usług i świadczeń dostępnych w formie środowiskowej i instytucjonalnej, 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	Art. 2 pkt 2 projektu ustawy definiuje opiekę długoterminową jako „system usług i świadczeń”, jednak nie wskazuje wprost, że obejmuje ona zarówno opiekę środowiskową, jak i instytucjonalną. W konsekwencji definicja: <ul style="list-style-type: none"> nie oddaje faktycznej struktury systemu, nie wzmacnia kierunku deinstytucjonalizacji, który jest jednym z celów reformy wskazanych w uzasadnieniu ustawy. Doprecyzowanie definicji wzmacnia systemowe ujęcie opieki długoterminowej jako spójnej całości	Uwaga częściowo uwzględniona. Definicja opieki długoterminowej wypracowana została w ramach powołanego Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, zatem ewentualna potrzeba jej doprecyzowania będzie rozpatrywana przez to grono na potrzeby zaplanowanej ewaluacji funkcjonowania ustawy. Wydaje się, że nie ma potrzeby dodawania w definicji opieki długoterminowej doprecyzowania wskazanego w uwadze, ponieważ usługi i świadczenia opieki długoterminowej zostały w niej ujęte szeroko, bez wyłączenia określonych form (warunków)

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			godności, a także wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich;	także wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich;		ich udzielania. Jednocześnie do projektu ustawy dodano normę, która stanowi, że usługi i świadczenia opieki długoterminowej realizuje się w sposób kompleksowy i skoordynowany, dążąc do ich zapewnienia w środowisku zamieszkania osoby wymagającej wsparcia, o ile pozwala na to jej stan zdrowia i bezpieczeństwo.
10	Stowarzyszenie Agencja Zatrudnienia	Art. 3 projektu ustawy	Art. 3. Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują: (...)		(...) w projekcie ustawy nie odniesiono się wprost do opieki z zamieszkaniem w domu osoby wymagającej wsparcia, która w praktyce stanowi istotną alternatywę dla opieki instytucjonalnej, zwłaszcza w przypadku zaawansowanej niesamodzielności. Uzupelnienie katalogu usług o taką formę realizacji opieki miałyby charakter porządkujący i mogłyby stanowić punkt wyjścia do dalszych prac nad deinstytucjonalizacją opieki.	Uwaga nieuwzględniona. Opieka z zamieszkaniem nie jest w chwili obecnej uregulowana jako świadczenie z systemu pomocy społecznej, a definicję opieki długoterminowej oparto na usługach i świadczeniach przysługujących na podstawie odrębnych przepisów, w tym z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego.
11	Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	art. 3 projektu ustawy	Art. 3. Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują: 1) świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 i 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), obejmujące: a) świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne z	Art. 3. Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują: 1) świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1, 2, 4, 5, 6, 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r.	Tlenoterapia domowa stanowi brakujący element kompleksowej opieki nad osobą z niewydolnością oddechową. Niniejszy projekt ustawy o opiece długoterminowej zakłada dwie formy wsparcia: - wentylację mechaniczną realizowaną w warunkach domowych i stacjonarnych (ZOL/ZPO) - dofinansowanie do zakupu aparatów CPAP stosowanych w obturacyjnym bezdechu śródśennym. Brakuje w przedmiotowym projekcie ustawy pośredniego świadczenia jakim jest tlenoterapia domowa.	Uwaga częściowo uwzględniona. Wydaje się, że te świadczenia stanowią element realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i są realizowane zależności od stanu pacjenta i jego potrzeb zdrowotnych. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze stanowią kompleksowy zakres opieki, a tlenoterapia czy żywienie do- i pozajelitowe stanowią jedne z elementów realizowanych w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w stosunku w odniesieniu do określonej jednostki chorobowej. W związku z

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielane w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakładach albo oddziałach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, - zakładach albo oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, <p>b) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w zakładach opiekuńczo-leczniczych, - w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, - w formie pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, - przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, <p>2) usługi i wsparcie określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:</p> <p>a) usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 tej ustawy, w tym w formie usług sąsiedzkich, o których mowa w art. 50 ust. 3 i 3a tej ustawy,</p> <p>b) specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 ust. 4 tej ustawy, w</p>	<p>poz. 1461,1537 i 1739), obejmujące:</p> <p>a) tlenoterapię domową - świadczenie lecznicze udzielane w warunkach domowych,</p> <p>b) żywienie pozajelitowe w warunkach stacjonarnych i domowych - świadczenie wyspospecjalistyczne,</p> <p>c) żywienie dojelitowe w warunkach stacjonarnych i domowych - świadczenie wyspospecjalistyczne,</p> <p>d) świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielane w:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakładach albo oddziałach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, - zakładach albo oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, <p>e) rehabilitację leczniczą</p> <p>f) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w zakładach opiekuńczo-leczniczych, - w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, - w formie pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, - przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, 	<p>Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe stanowi ważny element świadczeń realizowanych w opiece długoterminowej domowej i stacjonarnej (ZOL/ZPO). Brak tego świadczenia już dzisiaj stanowi duży problem organizacyjno-finansowy dla podmiotów opieki długoterminowej realizujących to świadczenie. Dlatego jego brak w nowozdefiniowanej opiece długoterminowej jest sprzeczny z ideą uporządkowania i skoordynowania opieki długoterminowej, która powinna przyświecać przedmiotowej ustawie.</p> <p>Bardzo ważnym elementem opieki długoterminowej jest świadczenie obejmujące rehabilitację ambulatoryjną i domową. Pozostawienie jej poza ramami nowozdefiniowanej opieki długoterminowej jest sprzeczne z ideą uporządkowania i skoordynowania opieki długoterminowej, która powinna przyświecać przedmiotowej ustawie.</p> <p>Zaopatrzenie w wyroby medyczne, takie jak wyroby chłonne (np. pieluchomajtki), aparaty słuchowe, wyroby stomijne, cewniki urologiczne, wózki inwalidzkie, etc. stanowi jeden z kluczowych elementów opieki długoterminowej. Ich brak w katalogu świadczeń i usług</p>	<p>powyższym uwzględnianie proponowanych świadczeń nie wydaje się zasadne.</p> <p>Przywołanie dodatkowych zakresów świadczeń gwarantowanych (art. 15 ust. 2 pkt 1, 2, 5 i 9) nie wydaje się zasadne. Należy podkreślić, że podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza stanowią odrębne zakresy świadczeń od świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i jako takie nie powinny zostać ujęte w ramach usług i świadczeń wchodzących w skład opieki długoterminowej.</p> <p>Niewątpliwie świadczeniobiorcy objęci opieką długoterminową stanowią liczną grupę osób korzystających z wyrobów medycznych oraz z dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jednak to zaopatrzenie i to dofinansowanie nie jest udzielane</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>tym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,</p> <p>c) usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, o których mowa w art. 51 ust. 1 tej ustawy,</p> <p>d) usługi świadczone w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w art. 52 tej ustawy,</p> <p>e) wsparcie w mieszkaniu wspomaganym, o którym mowa w art. 53 tej ustawy,</p> <p>f) usługi świadczone w domach pomocy społecznej, o których mowa w art. 55 tej ustawy,</p> <p>g) usługi wsparcia krótkoterminowego, o którym mowa w art. 55a tej ustawy,</p> <p>h) usługi w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o których mowa w art. 67 ust. 1 tej ustawy,</p> <p>3) usługi świadczone w ramach bonu senioralnego, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia o bonie senioralnym (Dz. U. poz. ...),</p> <p>4) usługi świadczone w zakresie asystencji osobistej,</p>	<p>dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,</p> <p>g) zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji</p> <p>2) usługi i wsparcie określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:</p> <p>a) usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 tej ustawy, w tym w formie usług sąsiedzkich, o których mowa w art. 50 ust. 3 i 3a tej ustawy,</p> <p>b) specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 ust. 4 tej ustawy, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,</p> <p>c) usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, o których mowa w art. 51 ust. 1 tej ustawy,</p> <p>d) usługi świadczone w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w art. 52 tej ustawy,</p> <p>e) wsparcie w mieszkaniu wspomaganym, o którym mowa w art. 53 tej ustawy,</p> <p>f) usługi świadczone w domach pomocy społecznej, o których mowa w art. 55 tej ustawy,</p> <p>g) usługi wsparcia krótkoterminowego, o którym mowa w art. 55a tej ustawy,</p>	<p>opieki długoterminowej jest niezrozumiały i nielogiczny. Szczególnie, że dofinansowanie w/w wyrobów medycznych przez NFZ jest warunkiem uzyskania dofinansowania PFRON, o którym mowa w Art. 3 ust. 8 projektu ustawy (dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze). Pozostawienie ich poza ramami nowozdefiniowanej opieki długoterminowej jest sprzeczne z ideą uporządkowania i skoordynowania opieki długoterminowej, która powinna przyświecać przedmiotowej ustawie.</p> <p>Pomimo kontrowersji jaki towarzyszyły i towarzyszą powstaniu i funkcjonowaniu wypożyczalni technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnością, ta forma świadczenia jest faktem i nie powinna być pomijana w przedmiotowym projekcie ustawy. Sama idea wypożyczalni jest ze wszech miar słuszna i należy ją rozwijać jako uzupełnienie/alternatywę dla dofinansowania sprzedaży wyrobów medycznych.</p> <p>Pozostawienie jej poza ramami nowozdefiniowanej opieki długoterminowej jest sprzeczne z ideą uporządkowania i skoordynowania opieki długoterminowej, która powinna przyświecać przedmiotowej ustawie.</p>	<p>wyłącznie osobom wymagającym opieki długoterminowej, ale również innym pacjentom, którzy ze względu na określoną jednostkę chorobową czy dolegliwości zdrowotne, wymagają czasowego wsparcia w tym zakresie. Zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz z dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jednocześnie zatem stanowi zakres odrębny wobec świadczeń od świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, obszar ten został uregulowany odrębnie w ustawie o wyrobach medycznych i aktach wykonawczych. Jakkolwiek zrezygnowano w projekcie ustawy ze wskazywania katalogu usług i świadczeń opieki długoterminowej w ustawie, gdyż wynika to z poszczególnych ustaw sektorowych, to katalog ten przywołano sygnalizacyjnie w uzasadnieniu.</p> <p>Projekt ustawy nie wprowadza zmian w obowiązujących rozwiązaniach</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami (Dz. U. poz.),</p> <p>5) 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 2024 r. poz. 1631 i 1674 oraz z 2025 r. poz. 718, 769 i 1159),</p> <p>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),</p> <p>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 oraz z 2025 r. poz. 1302),</p> <p>8) 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</p>	<p>h) usługi w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o których mowa w art. 67 ust. 1 tej ustawy,</p> <p>3) usługi świadczone w ramach bonu senioralnego, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia o bonie senioralnym (Dz. U. poz. ...),</p> <p>4) usługi świadczone w zakresie asystencji osobistej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami (Dz. U. poz.),</p> <p>5) 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 2024 r. poz. 1631 i 1674 oraz z 2025 r. poz. 718, 769 i 1159),</p> <p>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),</p> <p>7) świadczenie uzupełniające, o którym mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do</p>	<p>Opieka wytchnieniowa stanowi fundament wsparcia opiekunów nieformalnych. Pomimo kontrowersji jakie towarzyszyły i towarzyszą powstaniu i funkcjonowaniu programu „Opieka wytchnieniowa”, ta forma wsparcia jest faktem i nie powinna być pomijana w przedmiotowym projekcie ustawy. Pozostawienie jej poza ramami nowozdefiniowanej opieki długoterminowej jest sprzeczne z ideą uporządkowania i skoordynowania opieki długoterminowej, która powinna przyświecać przedmiotowej ustawie. Szczególnie że projekt przedmiotowej ustawy z góry przewiduje usługi świadczone w zakresie asystencji osobistej, której projekt jest dopiero procedowany w Sejmie i nie mamy żadnej gwarancji, że zostanie uchwalony. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku ustawy o bonie senioralnym.</p>	<p>dotyczących opieki wytchnieniowej, która jest realizowana na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym oraz programów resortowych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opieka wytchnieniowa pozostaje odrębnym instrumentem wsparcia, finansowanym i organizowanym w oparciu o te akty prawne, z jasno określonymi zasadami dostępu, trybem realizacji oraz grupą beneficjentów. Włączenie jej do katalogu usług i świadczeń opieki długoterminowej mogłoby prowadzić do niezamierzonego poszerzenia zakresu przedmiotowego projektowanej ustawy oraz do nakładania się regulacji, mimo że projekt nie ingeruje w dotychczasowy sposób organizacji opieki wytchnieniowej. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913, 1301 i 1665) – zwane dalej „usługami i świadczeniami opieki długoterminowej”.	samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2024 r. poz. 1649 oraz z 2025 r. poz. 1302), 8) 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 i 1665) 9) wypożyczalnia technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnością, o której mowa w ustawie z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - Program PFRON „Wypożyczalnia technologii wspomagających”, 10) opieka wytchnieniowa, o której mowa w ustawie z 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym - coroczne programy resortowe MRPiPS „Opieka wytchnieniowa” – zwane dalej „usługami i świadczeniami opieki długoterminowej”.		
12	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywnościowego	art. 3 ust. 1 pkt 1 projektu ustawy	Art. 3 ust. 1 pkt 1 obejmuje świadczenia gwarantowane w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w	Art. 3 ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie: „1) świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach	Leczenie żywieniowe jest integralnym elementem realizacji zaleceń terapeutycznych, o których mowa w definicji opieki długoterminowej (art. 2 pkt 2 projektu). Brak jego ujęcia w katalogu świadczeń prowadzi do	Uwaga nieuwzględniona. Żywnienie do- i pozajelitowe stanowi element świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej i jako takie są już

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			tym świadczenia realizowane w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w formie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.	opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmujące: a) świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne (...), b) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (...), c) żywienie pozajelitowe w warunkach stacjonarnych i domowych - świadczenie wysokospecjalistyczne, d) żywienie dojelitowe w warunkach stacjonarnych i domowych - świadczenie wysokospecjalistyczne,	niespójności pomiędzy celem ustawy a faktycznym zakresem opieki nad osobami przewlekle chorymi, niesamodzielnymi i w podeszłym wieku. Leczenie żywieniowe jest świadczeniem medycznym, warunkującym skuteczność leczenia choroby podstawowej, zmniejszającym ryzyko powikłań, rehospitalizacji oraz utraty samodzielności. Jego włączenie do katalogu świadczeń opieki długoterminowej nie tworzy nowego świadczenia, lecz porządkuje i integruje już istniejące świadczenia gwarantowane w ramach systemu ochrony zdrowia, pozostając w pełnej zgodności z założeniami projektu ustawy, uzasadnieniem oraz OSR.	obecnie realizowane wobec pacjentów objętych tą opieką wymagających takiego żywienia. Ponadto należy zaznaczyć, że zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej od 1 stycznia 2026 r. wprowadza 2 produkty, tj. żywienie dojelitowe w ZOL/ZPO i kompletne żywienie pozajelitowe w ZOL/ZPO do sumowania z podstawowymi produktami rozliczeniowymi osobodnia pobytu pacjenta w ZOL/ZPO. Jakkolwiek zrezygnowano w projekcie ustawy ze wskazywania katalogu usług i świadczeń opieki długoterminowej w ustawie, gdyż wynika to z poszczególnych ustaw sektorowych, to katalog ten przywołano sygnalizacyjnie w uzasadnieniu.
13	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	art. 3 ust. 1 pkt 1 projektu ustawy	Świadczenia gwarantowane realizowane zasadniczo przez podmioty lecznicze	Dodaje się lit. c: „świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i terapeutyczne realizowane w DPS spełniających standardy opieki długoterminowej, w tym DPS psychiatrycznych.”	DPS realizują faktycznie świadczenia opieki długoterminowej, jednak pozostają poza katalogiem świadczeń gwarantowanych, co utrwała nierówność systemową wobec ZOL/ZPO.	Uwaga nieuwzględniona. Usługi świadczone w domach pomocy społecznej, o których mowa w art. 55 ustawy o pomocy społecznej stanowią formę opieki długoterminowej, jak również świadczenia gwarantowane o jakich mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Jakkolwiek zrezygnowano w projekcie ustawy ze wskazywania katalogu usług i świadczeń opieki długoterminowej w ustawie, gdyż wynika to z poszczególnych ustaw

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						sektorowych, to katalog ten przywołano sygnalizacyjnie w uzasadnieniu.
14	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	Art. 3 ust.1 pkt b	<p>b) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, - w formie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, <p>przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,</p>	<p>b) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, - w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, - w zakładach opiekuńczo-leczniczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie - w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie jako formach stacjonarnej opieki długoterminowej, - w formie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, <p>przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,</p>	Opieka długoterminowa domowa została podzielona na „standardową” i dla osób wentylowanych mechanicznie. Placówki całodobowe również realizują te świadczenia, a nie zostało do doprecyzowanie/ Wyszczególnione. Podkreślenie systemowej roli ZOL/ZPO jako podstawowych stacjonarnych form opieki długoterminowej	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projekt ustawy nie przewiduje wyszczególnienia zakresów świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej w sposób bardziej szczegółowy niż został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, które stanowi podstawę do udzielania tych świadczeń. Jakkolwiek zrezygnowano w projekcie ustawy ze wskazywania katalogu usług i świadczeń opieki długoterminowej w ustawie, gdyż wynika to z poszczególnych ustaw sektorowych, to katalog ten przywołano sygnalizacyjnie w uzasadnieniu.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
15	Stowarzyszenie Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej "Jednym Tchem"	art. 3 ust. 1 pkt 1 lit. b, art. 25	Wskazanie zespołów długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.	Uzupełnienie ustawy o przepisy zobowiązujące do opracowania standardów bezpieczeństwa i ciągłości opieki dla pacjentów korzystających z wentylacji mechanicznej w warunkach domowych.	Pacjenci wentylowani mechanicznie należą do grupy o najwyższym poziomie zależności od systemu. Brak systemowych standardów bezpieczeństwa (sprzętowych, kadrowych i energetycznych) może prowadzić do zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Uwaga nieuwzględniona. Propozycja zawarta w uwadze znajduje się poza zakresem projektowanej ustawy.
16	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED	Art. 3		Dodanie dodatkowej pozycji w katalogu usług i świadczeń wchodzących w skład opieki długoterminowej: „zapewnienie dostępności wyrobów medycznych w tym poprzez umożliwienie uzyskania zwrotu kosztów związanych z korzystaniem z komercyjnych usług wypożyczenia wyrobów medycznych”.	Mając na względzie kluczowe znaczenie wyrobów medycznych przy realizacji opieki długoterminowej nad osobami starszymi czy też o ograniczonej mobilności lub samodzielności, należy uwzględnić ich specyfikę. Mianowicie, wyrób i sprzedaż wyrobów medycznych nie odbywa się wyłącznie w aptekach. Ponadto – w odróżnieniu od produktów leczniczych – niektóre wyroby mogą być używane więcej niż raz i więcej niż przez jednego pacjenta (nie ulegają zużyciu jak tabletki czy roztwór do iniekcji). Tym samym istnieją przypadki, gdzie nie jest konieczny zakup wyrobu medycznego (a więc i dofinansowanie do samego zakupu), a wystarczy jego wypożyczenie na kilka tygodni czy miesięcy (np. na czas rehabilitacji pacjenta po zabiegu). Co za tym idzie dostępność do wyrobów medycznych (również za pośrednictwem usług ich wypożyczenia z wypożyczalni komercyjnych) powinna być elementem nowopowstającej instytucji prawnej opieki długoterminowej. Jednocześnie należy wyrazić sprzeciw wobec funkcjonowania	Uwaga częściowo uwzględniona. Niewątpliwie świadczeniobiorcy objęci opieką długoterminową stanowią liczną grupę osób korzystających z wyrobów medycznych oraz z dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, jednak to zaopatrzenie i to dofinansowanie nie jest udzielane wyłącznie osobom wymagającym opieki długoterminowej, ale również innym pacjentom, którzy ze względu na określoną jednostkę chorobową czy dolegliwości zdrowotne, wymagają czasowego wsparcia w tym zakresie. Zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz z dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jednocześnie zatem stanowi zakres odrębny wobec świadczeń od świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, obszar ten został uregulowany odrębnie w ustawie o wyrobach medycznych i aktach wykonawczych. Jakkolwiek zrezygnowano w projekcie ustawy ze wskazywania katalogu usług i świadczeń

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>zcentralizowanej, „państwowej” wypożyczalni wyrobów medycznych.</p> <p>Tego rodzaju rozwiązanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stanowi istotne zagrożenie dla podmiotów działających obecnie w tym sektorze przy zachowaniu zasad uczciwej konkurencji, a ponadto - w praktyce może rodzić poważne wątpliwości co do zgodności jego funkcjonowania z obowiązującymi przepisami prawa oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów; - rodzi poważne ryzyko zagrożenia interesów pacjentów co do zapewnienia wystarczającej różnorodności wyrobów (w praktyce trudno byłoby zapewnić dostępność taki szeroki zakres modeli, odpowiadających na potrzeby wszystkich grup w ramach jednej „państwowej” wypożyczalni, której pula dostawców byłaby z natury ograniczona); - może skutkować niegospodarnym wydatkowaniem środków publicznych w ramach wydatków na ochronę zdrowia, a wręcz marnotrawstwem środków publicznych w tym obszarze. <p>Należy podkreślić, że refinansowanie tylko niektórych kosztów jako zwrotu za usługi komercyjne generuje bowiem niższe koszty funkcjonowania niż utrzymywanie całej wypożyczalni państwowej, przy równocześnie lepszym zaopiekowaniu interesów pacjenta, a zarazem jego bezpieczeństwa.</p>	<p>opieki długoterminowej w ustawie, gdyż wynika to z poszczególnych ustaw sektorowych, to katalog ten przywołano sygnalizacyjnie w uzasadnieniu.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					Zagadnienia te zostały szerzej omówione w raporcie dotyczącym funkcjonowania wypożyczalni technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnościami, prowadzonej przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [https://polmed.org.pl/raport-centralna-wypożyczalnia-sprzetu-pilna-potrzeba-rekonstrukcji-prawnej-i-zagrozenia/]	
17	Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED	Art. 3 pkt 8	Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują (...) 8) 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 i 1665)	Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują (...) 8) dofinansowanie wyrobów medycznych w tym dofinansowanie wyrobów medycznych ze środków publicznych m.in. poprzez dofinansowanie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie umieszczonych w wykazie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie lub 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 i 1665)	Wyroby medyczne przyczyniają się do przywracania, utrzymania zdolności do samodzielnego wykonywania codziennych czynności u osób starszych lub niesamodzielnych lub o ograniczonej mobilności, a także znacząco ułatwiają sprawowanie opieki długoterminowej czy wykonywanie czynności pomocniczych wobec takich osób. Mając na względzie rolę wyrobów medycznych w sprawowaniu opieki długoterminowej, należy więc zadbać, aby w takiej ustawie jasno doprecyzować, że jednym z kluczowych świadczeń stojących u podstaw opieki długoterminowej jest dofinansowanie właśnie wyrobów medycznych ze środków publicznych. Pierwotne brzmienie ustawy powołuje się jednak na definicję prawną nieprzystającą do nowoczesnego prawodawstwa krajowego, oraz ogólnospółnotowych regulacji zharmonizowanych, jak i nie wymienia wszystkich możliwych sposobów finansowania wyrobów medycznych ze środków publicznych (pomijając aspekt finansowania	Uwaga częściowo uwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 16.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>zaopatrzenia w wyroby medyczne w ramach opieki zdrowotnej)). Tym samym utrzymanie takiej definicji mogłoby skutkować rozbieżnościami w zakresie interpretacji jakie usługi i świadczenia wchodzi w zakres opieki długoterminowej – a co za tym idzie prowadzić do wątpliwości czy wszystkie wyroby medyczne czy tylko wybrane wchodzi w zakres ww. katalogu. Należy bowiem zwrócić uwagę, że ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w art. 35a . 35a ust. 1 pkt 7 lit. c odnosi się do dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – co pozostaje niejednolite z aktualnie używaną nomenklaturą odnoszącą się do wyrobów medycznych posiadających jednolitą definicję prawną. Bez zmiany powołanej ustawy, proste zastąpienie określeń sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na określenie wyroby medyczne byłoby jednak niezgodne z zasadami techniki prawodawczej i mogłoby powodować praktyczne wątpliwości interpretacyjne. Aby uniknąć takich wątpliwości, a tym samym umożliwić włączenie w zakres usług i świadczeń opieki długoterminowej również wyrobów medycznych korzystających z innych źródeł finansowania, jak i wyrobów</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					innowacyjnych czy cyfrowych, zasadne jest maksymalne rozszerzenie ww. katalogu, zgodnie z propozycją.	
18	Fundacja Hospicyjna	art. 3 pkt 9 projektu ustawy	brak	Usługi świadczone w ramach opieki wytchnieniowej na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848, z późn. zm.).	Wymienienie również w tym miejscu opieki wytchnieniowej jako ważnej formy wsparcia i rosnącej roli wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób w opiece długoterminowej	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projekt ustawy nie wprowadza zmian w obowiązujących rozwiązaniach dotyczących opieki wytchnieniowej, która jest realizowana na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym oraz programów resortowych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opieka wytchnieniowa pozostaje odrębnym instrumentem wsparcia, finansowanym i organizowanym w oparciu o te akty prawne, z jasno określonymi zasadami dostępu, trybem realizacji oraz grupą beneficjentów.</p> <p>Włączenie jej do katalogu usług i świadczeń opieki długoterminowej mogłoby prowadzić do niezamierzonego poszerzenia zakresu przedmiotowego projektowanej ustawy oraz do nakładania się regulacji, mimo że projekt nie ingeruje w dotychczasowy sposób organizacji opieki wytchnieniowej.</p> <p>Cele dotyczące wsparcia opiekunów nieformalnych są uwzględnione w projekcie w ramach odrębnych zadań jednostek samorządu terytorialnego oraz mechanizmów koordynacji, bez potrzeby redefiniowania opieki wytchnieniowej jako elementu systemu opieki długoterminowej. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej
19	Fundacja Hospicyjna	art. 3 pkt 10 projektu ustawy	brak	usługi świadczone przez podmioty w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.	<p>Usługi świadczone w placówkach ujętych w Programie „Opieka Wytchnieniowa” rozdział V pkt 6 ppkt. 2 c) na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848, z późn. zm.).</p> <p>Brak w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projekt ustawy nie wprowadza zmian w obowiązujących rozwiązaniach dotyczących opieki wytchnieniowej, która jest realizowana na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym oraz programów resortowych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opieka wytchnieniowa pozostaje odrębnym instrumentem wsparcia, finansowanym i organizowanym w oparciu o te akty prawne, z jasno określonymi zasadami dostępu, trybem realizacji oraz grupą beneficjentów.</p> <p>trybem realizacji oraz grupą beneficjentów. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej. Projekt ustawy nie dokonuje zmian w zakresie podmiotów prowadzących działalność w formie całodobowej opieki, których status i zasady działania są uregulowane w odrębnych ustawach, w szczególności w ustawie o pomocy społecznej oraz ustawie o działalności leczniczej. Definicja „opieki długoterminowej” w projekcie ma charakter funkcjonalny i opisuje rodzaj wsparcia, a nie zamknięty katalog instytucji, które je realizują. Włączenie dodatkowych kategorii placówek całodobowych opartych na kryterium</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						<p>dostępności mogłoby prowadzić do niespójności systemowej oraz nakładać na te podmioty obowiązki niewynikające z projektowanej ustawy. Jednocześnie przywołana ustawa, to ustawa nakładająca obowiązki dostępnościowe, a nie typologizująca podmioty. Odwołanie do niej jako kryterium kwalifikacyjnego może budzić wątpliwości prawne. Kwestie zapewniania dostępności są kompleksowo regulowane w ustawie o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami i nie wymagają dodatkowego powtórzenia w definicjach niniejszego projektu.</p> <p>Z tych względów proponowana zmiana nie została uwzględniona.</p>
20	Osoba fizyczna	<p>Art. 3 projektu ustawy</p> <p>Lub</p> <p>Art. 4 projektu ustawy</p>	<p>Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują:</p> <p>Art. 4 Usługi i świadczenia opieki długoterminowej realizuje się w sposób kompleksowy i skoordynowany.</p>	<p>Art. 3 pkt 1 lit. c (nowy) „świadczenia rehabilitacyjne realizowane w warunkach domowych, w szczególności fizjoterapia, terapia zajęciowa oraz inne formy rehabilitacji funkcjonalnej, świadczone w miejscu zamieszkania osoby wymagającej usług i świadczeń opieki długoterminowej.”</p> <p>Art. 4a (nowy) „Usługi i świadczenia opieki długoterminowej mogą obejmować rehabilitację domową realizowaną w miejscu zamieszkania osoby, jeżeli jest ona niezbędna do utrzymania,</p>	<p>W projekcie ustawy o opiece długoterminowej nie ma wprost mowy o rehabilitacji domowej świadczonej w miejscu zamieszkania osoby jako odrębnej usłudze, ani jako jednoznacznego elementu opieki długoterminowej. W art. 3 ust. 1 pkt 1 projekt wymienia świadczenia opieki zdrowotnej, w tym: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, pielęgnarską opiekę długoterminową domową. Nie ma jednak wskazania na fizjoterapię domową, Brak jednoznacznego wskazania rehabilitacji domowej powoduje: - lukę między diagnozą potrzeb a realnym odzyskiwaniem sprawności,</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Objęcie pacjenta świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej nie wyklucza możliwości udzielenia takiemu pacjentowi świadczeń z zakresu rehabilitacji realizowanej w warunkach domowych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				poprawy lub odzyskania sprawności i samodzielności tej osoby."	- ryzyko instytucjonalizacji (DPS, ZOL), zamiast wsparcia środowiskowego, - osłabienie realizacji celów ustawy (samodzielność, niezależność), - ograniczenie roli koordynatora – brak narzędzia do kierowania do rehabilitacji. Co istotne, rehabilitacja domowa jest kluczowym elementem deinstytucjonalizacji, do której odwołuje się uzasadnienie ustawy .	
21	Stowarzyszenie Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej "Jednym Tchem"	art. 3, art. 4	Art. 3. Usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej obejmują (...) Art. 4. Usługi i świadczenia opieki długoterminowej realizuje się w sposób kompleksowy i skoordynowany.	Uzupełnienie art. 4 o przepisy wykonawcze określające minimalne standardy dostępności czasowej i terytorialnej usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz mechanizmy reagowania w przypadku nadmiernego czasu oczekiwania.	Art. 4 wprowadza zasadę kompleksowości i koordynacji, jednak ma charakter wyłącznie deklaracyjny i nie jest powiązany z żadnymi instrumentami zapewniającymi realną dostępność świadczeń. Brak standardów dostępności oraz mechanizmów reagowania powoduje, że realizacja tej zasady nie jest gwarantowana w praktyce, w szczególności w odniesieniu do świadczeń domowych, w tym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.	Uwaga nieuwzględniona. Celem projektowanej ustawy jest ustanowienie koordynacji opieki długoterminowej, co – według założeń – docelowo może przyczynić się do zwiększenia dostępności do poszczególnych form wsparcia, bądź też skrócenia czasu oczekiwania na poszczególne formy wsparcia. 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.
22	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	art. 4 projektu ustawy	Brak zasady równorzędności podmiotów	Dodaje się ust. 2: „opieka długoterminowa realizowana jest przez podmioty lecznicze oraz domu pomocy społecznej na zasadach równorzędnych.”	Bez wyraźniej zasady równorzędności DPS pozostają rozwiązaniem „drugiego wyboru”, niezależnie od faktycznych potrzeb osoby.	Uwaga nieuwzględniona. Zarówno objęcie świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ZOL/ZPO, jak i opieką w DPS, zależy od indywidualnych potrzeb danej osoby i opiera się na określonych kryteriach kwalifikacji. Świadczenia udzielane w ZOL/ZPO i usługi w DPS stanowią dwa odrębne rodzaje opieki i z formalnego punktu widzenia są udzielane różnym

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						grupom osób, dlatego określenie w projektowanych przepisach zasady równorzędności tych placówek wydaje się bezzasadne, bo jest niejasne i stwarzające wątpliwości interpretacyjne.
23	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	art. 4 projektu ustawy	<p>Proponuje się dodanie ust 2 w brzmieniu: „Art. 4 ust. 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> Objęcie osoby usługami i świadczeniami opieki długoterminowej poprzedza kompleksowa ocena jej potrzeb zdrowotnych, funkcjonalnych i społecznych. Ocena, o której mowa w ust. 1, stanowi podstawę do wyboru formy opieki długoterminowej oraz zakresu wsparcia. <p>Szczegółowy sposób przeprowadzania oceny, o której mowa w ust. 1, określają odrębne przepisy.”</p>	Brak zintegrowanej oceny jest jedną z głównych barier dostępu do właściwej formy opieki.		<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Zasady kwalifikacji do objęcia poszczególnymi usługami lub świadczeniami opieki długoterminowej, zostały określone w odrębnych przepisach. Projektowana ustawa nie wprowadza zmiany w tym zakresie.</p>
24	Stowarzyszenie Agencja Zatrudnienia	Art. 4-5 projektu ustawy (przepisy ogólne)			(...) rozważenia wymaga uzupełnienie przepisów ogólnych ustawy o zapis wskazujący, że opieka długoterminowa powinna być, w miarę możliwości, realizowana w środowisku zamieszkania osoby wymagającej wsparcia, o ile pozwala na to jej stan zdrowia i bezpieczeństwo. Tego rodzaju zapis miałby charakter kierunkowy i byłby spójny z obowiązującymi dokumentami strategicznymi UE, nie rodząc jednocześnie dodatkowych zobowiązań organizacyjnych.	Uwaga uwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
25	Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	art. 5 projektu ustawy	Art. 5. Niniejsza ustawa nie ogranicza praw do uzyskania usług i świadczeń opieki długoterminowej wynikających z innych przepisów	Art. 5. Niniejsza ustawa nie ogranicza praw do uzyskania usług i świadczeń opieki długoterminowej wynikających z innych przepisów, lecz ma charakter porządkujący i kierunkowy.		Uwaga nieuwzględniona. Odstąpiono od projektowanego przepisu, który miał charakter informacyjny, na co wskazuje również propozycja jego uzupełnienia.
26	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	art. 6 projektu ustawy	Art. 6. 1. Jednostki samorządu terytorialnego prowadzą działania informacyjne i edukacyjne dotyczące opieki długoterminowej mające na celu wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich. 2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez: 1) organizowanie szkoleń; 2) prowadzenie spotkań edukacyjnych lub integracyjnych; 3) tworzenie grup wsparcia i zapewnianie konsultacji psychologicznych; 4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej; 5) organizowanie spotkań ze specjalistami w zakresie opieki długoterminowej.	Art. 6. 1. Jednostki samorządu terytorialnego prowadzą działania informacyjne i edukacyjne dotyczące opieki długoterminowej, mające na celu wsparcie opiekunów nieformalnych oraz osób bliskich. 2. Jednostki samorządu terytorialnego są obowiązane do zapewnienia dostępu do stacjonarnego miejsca wsparcia, w którym opiekunowie nieformalni oraz osoby bliskie mogą uzyskać pomoc, informacje oraz wsparcie w zakresie opieki długoterminowej. 3. Stacjonarne miejsca wsparcia, o którym mowa powyżej, może być prowadzone bezpośrednio przez jednostkę samorządu terytorialnego albo realizowane w ramach zadań zleconych, w szczególności przez podmioty niepubliczne, na zasadach określonych w odrębnych przepisach. 4. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez: 1) organizowanie szkoleń;	Wprowadzenie obowiązku zapewnienia stacjonarnego miejsca wsparcia odpowiada na zidentyfikowane potrzeby opiekunów nieformalnych, którzy często doświadczają przeciążenia opiekuńczego, izolacji społecznej oraz braku dostępu do praktycznej wiedzy z zakresu organizacji i wykonywania opieki. Stałe miejsce wsparcia umożliwi nie tylko uzyskanie informacji i poradnictwa, lecz również prowadzenie szkoleń z zakresu podstaw opieki długoterminowej, w tym w szczególności w obszarze bezpiecznego wykonywania czynności opiekuńczych, zapobiegania przeciążeniom fizycznym i psychicznym opiekunów oraz właściwej współpracy z systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Projektowana regulacja zakłada także, że stacjonarne miejsce wsparcia może pełnić funkcję przestrzeni integracyjnej, w której organizowane będą spotkania grup wsparcia dla opiekunów nieformalnych. Rozwiązanie to sprzyja wymianie doświadczeń, wzmacnianiu kompetencji opiekuńczych oraz przeciwdziałaniu izolacji społecznej opiekunów, stanowiącej istotny czynnik ryzyka pogorszenia ich zdrowia	Uwaga nieuwzględniona. Proponowana zmiana znacząco rozszerza zakres zadań jednostek samorządu terytorialnego, przekształcając dotychczasowe działania fakultatywne w obowiązek utworzenia stacjonarnego miejsca wsparcia, co wykracza poza założenia projektowanej regulacji. Ustawa w obecnym kształcie przewiduje szeroki katalog możliwych form wsparcia dla opiekunów nieformalnych, pozostawiając JST elastyczność w doborze narzędzi adekwatnych do lokalnych potrzeb i możliwości organizacyjno-finansowych. Wprowadzanie obowiązku tworzenia dedykowanej infrastruktury instytucjonalnej wymagałoby odrębnych rozwiązań systemowych, w tym uregulowania kwestii finansowania oraz minimalnych standardów takiego miejsca, co wykracza poza przedmiot niniejszej ustawy. Cele wskazane w uzasadnieniu mogą być realizowane w ramach już przewidzianych przepisów, bez konieczności nakładania dodatkowych obowiązków na JST. Z tego względu propozycja nie została uwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				<p>2) prowadzenie spotkań edukacyjnych lub integracyjnych;</p> <p>3) tworzenie grup wsparcia i zapewnianie konsultacji psychologicznych;</p> <p>4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej;</p> <p>5) organizowanie spotkań ze specjalistami w zakresie opieki długoterminowej.</p>	psychicznego i fizycznego. Jednocześnie miejsce to umożliwi prowadzenie poradnictwa specjalistycznego, w szczególności o charakterze psychologicznym, prawnym i socjalnym, dostosowanego do specyfiki sytuacji opiekunów osób niesamodzielnych.	
27	Stowarzyszenie Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej "Jednym Tchem"	art. 6 projektu ustawy	Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych (...).	Zastąpienie fakultatywnego charakteru wsparcia opiekunów nieformalnych wprowadzeniem minimalnego, obligatoryjnego katalogu form wsparcia, w tym usług wytchnieniowych, wsparcia psychologicznego i szkoleń.	Opiekunowie nieformalni, w szczególności opiekunowie osób całkowicie zależnych, stanowią podstawę systemu opieki długoterminowej. Fakultatywny charakter wsparcia nie gwarantuje im realnej pomocy i nie odpowiada skali obciążeń, jakie ponoszą.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy przewiduje wsparcie opiekunów nieformalnych jako zadanie fakultatywne jednostek samorządu terytorialnego, aby umożliwić elastyczne dostosowanie form pomocy do lokalnych potrzeb, zasobów oraz organizacji usług na danym terenie. Nadanie temu wsparciu charakteru obowiązkowego wymagałoby ustanowienia szczegółowych standardów, minimalnego zakresu świadczeń i stabilnych źródeł finansowania, co wykracza poza zakres przedmiotowy niniejszej regulacji. Wprowadzenie obowiązku mogłoby generować nadmierne obciążenia finansowe dla JST, nieproporcjonalne do aktualnych kompetencji i struktury systemu wsparcia. Jednocześnie projekt stwarza ramy prawne umożliwiające rozwijanie działań na rzecz opiekunów nieformalnych, nie ograniczając samorządów w podejmowaniu inicjatyw wykraczających poza katalog zadań

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						fakultatywnych. Z tych względów uwaga nie została uwzględniona.
28	Fundacja Hospicyjna	art. 6. 1 projektu ustawy	2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez:	2. Jednostki samorządu terytorialnego wspierają opiekunów nieformalnych przez: albo: 2. Jednostki samorządu terytorialnego wspierają opiekunów nieformalnych przez wybrane formy:	Ze względu na starzenie się społeczeństwa, w tym podwójne starzenie się i rosnącą liczbę osób wymagających wsparcia, oraz malejący potencjał opiekuńczy rodziny, wsparcie opiekunów nieformalnych nie powinno być opcjonalne (mogą wspierać), lecz wymagane przynajmniej w minimalnym zakresie (wspierają przez wybrane formy), bo wsparcie to jest coraz bardziej niezbędne	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 25.
29	Fundacja Hospicyjna	art. 6. 2 projektu ustawy	4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej;	4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej, w tym w formie opieki wytchnieniowej;	Wprowadzenie do zapisów ustawy wprost pojęcia „opieka wytchnieniowa”, które funkcjonuje w innych dokumentach	Uwaga nieuwzględniona. Pojęcie „opieki wytchnieniowej” nie funkcjonuje jako kategoria ustawowa w systemie prawa z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego, lecz odnosi się do programów rządowych realizowanych na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym. Projekt ustawy nie wprowadza zmian w obowiązujących rozwiązaniach dotyczących opieki wytchnieniowej, która jest realizowana na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym oraz programów resortowych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opieka wytchnieniowa pozostaje odrębnym instrumentem wsparcia, finansowanym i organizowanym w oparciu o te akty prawne, z jasno określonymi zasadami dostępu, trybem realizacji oraz grupą

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						beneficjentów. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej.
30	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 6 ust. 2	2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez: 1) organizowanie szkoleń; 2) prowadzenie spotkań edukacyjnych lub integracyjnych; 3) tworzenie grup wsparcia i zapewnianie konsultacji psychologicznych; 4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej ; 5) organizowanie spotkań ze specjalistami w zakresie opieki długoterminowej.	Zamiana "mogą wspierać" na "mają za zadanie wspierać".	Ustawa nie może być opcją dla JST. Musi zapewniać jednakowe obowiązkowe zasady organizacji wsparcia na terenie całej Polski a koordynacja przebiegać wg tych samych kryteriów i standardów	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 25.
31	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 6 ust. 2 pkt 4	2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez: 4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej ;		Czy autor ma na myśli opiekę wytchnieniową? Czemu w tym miejscu nie pada nazwa tej od lat finansowanej programowo z FS usługi?	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 27.
32	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z	art.6.2. projektu ustawy	2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą	Wykreślić słowo „mogą” . Zapis powinien brzmieć: 2. Jednostki samorządu terytorialnego	Ustawa nie może być opcją dla JST. Musi zapewniać jednakowe obowiązkowe zasady organizacji	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 25.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
	Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdańsku		wspierać opiekunów nieformalnych przez:	wspierają opiekunów nieformalnych przez:	wsparcia na terenie całej Polski a koordynacja przebiegać wg tych samych kryteriów i standardów	
33	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdańsku	Art.6.2.4 projektu ustawy	4) zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej;	Zapewnienie usługi opieki wytchnieniowej	Wprowadzenie do ustawy określenia „opieka wytchnieniowa”, która to usługa już funkcjonuje w przestrzeni publicznej i jest finansowana przez MRPiPS.	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga tożsama z uwagą lp. 27.
34	Fundacja Jesteśmy Ważni	Art. 6 projektu ustawy	Art. 6. 1. Jednostki samorządu terytorialnego prowadzą działania informacyjne i edukacyjne dotyczące opieki długoterminowej mające na celu wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich. 2. Jednostki samorządu terytorialnego mogą wspierać opiekunów nieformalnych przez: 1. organizowanie szkoleń; 2. prowadzenie spotkań edukacyjnych lub integracyjnych; 3. tworzenie grup wsparcia i zapewnianie konsultacji psychologicznych; 4. zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna nieformalnego w sprawowaniu opieki nieformalnej; 5. organizowanie spotkań ze specjalistami w	Proponuje się zmianę art. 6 poprzez dodanie ust. 3 w brzmieniu: 3. W przypadku opiekunów długoterminowych dzieci oraz dorosłych osób z niepełnosprawnościami, o których mowa w art. 2 pkt 4a, jednostki samorządu terytorialnego uwzględniają w działaniach, o których mowa w ust. 2, szczególną specyfikę sprawowanej opieki, w tym jej długotrwały charakter, wysokie obciążenie psychiczne oraz ograniczone możliwości samodzielnego korzystania z dostępnych form wsparcia. oraz dodanie ust. 4 w brzmieniu: 4. Działania, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4, w odniesieniu do opiekunów, o których mowa w ust. 3, powinny w szczególności obejmować dostęp do wsparcia psychologicznego oraz form czasowego zastępstwa w opiece,	Projekt ustawy przewiduje wsparcie opiekunów nieformalnych, jednak nie uwzględnia specyfiki opieki sprawowanej przez rodziców dzieci z niepełnosprawnościami oraz opiekunów dorosłych osób z niepełnosprawnościami, która ma charakter długotrwały, często całodobowy i wiąże się z wysokim ryzykiem przeciążenia psychicznego oraz wypalenia. Doprecyzowanie przepisu pozwoli jednostkom samorządu terytorialnego na projektowanie działań adekwatnych do rzeczywistych potrzeb tej grupy opiekunów oraz zapobieganie sytuacjom kryzysowym wynikającym z braku możliwości odpoczynku i dostępu do wsparcia psychologicznego.	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga jest konsekwencją uwagi lp. 2, która nie została uwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			zakresie opieki długoterminowej.	umożliwiających realny odpoczynek opiekuna.		
35	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 8 projektu ustawy	Brak zasady niezależności koordynatora	Dodaje się ust. 3: „Koordynator wykonuje zadania w sposób bezstronny i niezależny od płatników świadczeń, kierując się wyłącznie potrzebami osoby wymagającej wsparcia.”	Brak gwarancji niezależności prowadzi do systemowej preferencji rozwiązań tańszych dla danego płatnika, a nie najlepiej dopasowanych do potrzeb osoby.	Uwaga nieuwzględniona. Koordynator będzie pełnił funkcję jako pracownik samorządowy i kierownik jednostki organizacyjnej – trudno zakładać, iż będzie działał wbrew zasadom bezstronności i niezależności.
36	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 8	Brak przepisu w projekcie ustawy o trwałym mechanizmie finansowania koordynacji (OSR/uzasadnienie opisują poziom finansowania i start od 2027 r.)	Dodać art. 8b (dotacja celowa): „Art. 8b. 1. Zadanie, o którym mowa w art. 8 ust. 1, jest finansowane z budżetu państwa w formie dotacji celowej dla powiatów. 2. Dotacja celowa obejmuje w szczególności koszty realizacji zadań koordynatora, w tym koszty organizacji współpracy, działań informacyjnych i edukacyjnych oraz dostępu do narzędzi teleinformatycznych. 3. Szczegółowe warunki i sposób przekazywania dotacji określi Rada Ministrów w drodze rozporządzenia.”	WB wskazuje, że koordynacja (w tym mapowanie usług i potrzeb) wymaga inwestycji i zasobów (World Bank, 2025, s. 124). OSR i uzasadnienie opisują finansowanie, ale poza ustawą – co osłabia stabilność mechanizmu (finansowanie od 2027 r.; 3500 zł/m-c). Wpisanie dotacji do ustawy wzmacnia wykonalność reformy bez przesądzania stawki w ustawie.	Uwaga nieuwzględniona. Propozycja nie została uwzględniona z uwagi na zmianę koncepcji realizacji zadania koordynacji opieki długoterminowej. Zgodnie z aktualnymi rozwiązaniami przyjętymi w projekcie, funkcję koordynatora pełnić będzie kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu – kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej albo dyrektor centrum usług społecznych.
37	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	art. 8 ust. 1–2 projektu ustawy	Koordynacja opieki długoterminowej jako zadanie własne powiatu, realizowane przez koordynatora działającego w PCPR/MOPS/CUS	Rozważyć wprowadzenie możliwości realizacji funkcji koordynatora również poza strukturami OPS/PCPR, np. przez wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne lub centra koordynacji usług społecznych	Umieszczenie koordynatora wyłącznie w strukturach pomocy społecznej może ograniczać dostępność wsparcia dla osób, które nie identyfikują się z OPS (stygmatyzacja, skojarzenie z pomocą finansową). Z perspektywy praktyki lokalnej wiele osób wymagających opieki długoterminowej unika kontaktu z OPS, co osłabia skuteczność ustawy.	Uwaga nieuwzględniona. W aktualnym modelu przyjętym w projekcie funkcję koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w miastach na prawach powiatu – kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej albo dyrektor centrum usług społecznych. Rozwiązanie to zapewnia osadzenie koordynacji w istniejącej strukturze jednostek

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						posiadających kompetencje, zasoby kadrowe oraz doświadczenie w prowadzeniu zadań na rzecz osób wymagających wsparcia. Przenoszenie tej funkcji do podmiotów zewnętrznych wymagałoby stworzenia odrębnego systemu uprawnień, odpowiedzialności i nadzoru, co wykracza poza zakres i założenia projektowanej ustawy. Projekt zakłada integrację działań pomocy społecznej, ochrony zdrowia i innych podmiotów poprzez mechanizmy współpracy, a nie decentralizację funkcji koordynatora. Jednocześnie umiejscowienie koordynatora w ramach PCPR/MOPS/CUS nie ogranicza dostępności do wsparcia – zadania te mają charakter informacyjny, organizacyjny i koordynacyjny i nie są związane z przyznawaniem świadczeń pieniężnych, co minimalizuje ryzyko stygmatyzacji. Model ten zapewnia spójność systemu i efektywne wykorzystanie istniejących zasobów instytucjonalnych. Z tych względów uwaga nie została uwzględniona.
38	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie „CENTRUM”	Art.8.1. projektu ustawy	Koordinacja zadań związanych z opieką długoterminową jest zadaniem własnym powiatu.	Art.8.1. Koordinacja zadań związanych z opieką długoterminową jest zadaniem własnym gminy.	Analizując aktualnie realizowane zadania w obszarze opieki długoterminowej na pierwszy plan wysuwa się samorząd gminny (ops-y). JOPS na szczeblu gminy mają największe doświadczenie oraz najlepsze rozeznanie potrzeb środowiska (art. 13 pkt 2 ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych) i posiadają narzędzia (np. usługi opiekuńcze,	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy przyjmuje założenie, że zadanie koordynacji opieki długoterminowej powinno być realizowane na poziomie powiatu, który z mocy obowiązujących przepisów wykonuje zadania o charakterze ponadgminnym, w tym dotyczące wsparcia osób wymagających bardziej złożonych form pomocy oraz współpracy

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, opieka wytchnieniowa, usługi sąsiedzkie), aby realizować zadanie i utrzymać jego wysoką jakość.</p> <p>Aktualna tendencja do przekształcania ośrodka pomocy społecznej w Centrum Usług Społecznych idealnie wpisuje się w koordynację opieki długoterminowej. W założeniach CUS ma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnozować potrzeby w obszarze usług społecznych (art.13 pkt 3 ustawy dot. CUS), - dopasowywać usługi do potrzeb klienta, środowiska, - informować o świadczonych usługach. CUS ma pełnić rolę „punktu informacyjnego” (art. 13 pkt 8 ustawy dot. CUS) dla mieszkańca gminy co do katalogu usług społecznych oraz posiada kadrę w osobach Organizatora Usług Społecznych i Organizatora Społeczności Lokalnej. W katalog zadań CUS (art. 2 ustawy dot. CUS-14 obszarów) wpisuje się również obszar zdrowia mieszkańców. Ponadto samorządy gminne posiadają najlepsze rozeznania co do podmiotów (w tym prywatnych) świadczących usługi zdrowotne i społeczne. <p>Obawy budzi brak regulacji(w treści ustawy) kwestii finansowania zadania. Zgodnie z art. 167 ust.4 Konstytucji RP „Zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów</p> 	<p>międzysektorowej. Powiatowe centra pomocy rodzinie dysponują kompetencjami w zakresie organizacji usług kierowanych do osób o wyższym stopniu niesamodzielności, w tym związanych z rehabilitacją, pieczą zastępczą, przeciwdziałaniem przemocy oraz koordynacją działań pomiędzy różnymi instytucjami. Zadania te wymagają struktur obejmujących więcej niż jedną gminę oraz współpracy z podmiotami ochrony zdrowia funkcjonującymi na poziomie powiatowym.</p> <p>Przeniesienie koordynacji na poziom gminy prowadziłoby do rozdrobnienia systemu, utrudniając zapewnienie jednolitości standardów i spójnej organizacji usług na obszarze powiatu. Funkcje diagnostyczne, informacyjne i integracyjne realizowane w ramach CUS pozostają istotnym uzupełnieniem systemu, ale nie zastępują kompetencji powiatu w zakresie koordynacji usług o charakterze specjalistycznym i międzyinstytucjonalnym. Projekt zakłada ścisłą współpracę powiatu i gmin, bez zmiany poziomu odpowiedzialności za koordynację.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					publicznych". Ustawa nie reguluje sprawy finansowania. Informacja zawarta w uzasadnieniu do ustawy nie ma charakteru wiążącego i nie będzie aktem	
39	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie „CENTRUM”	Art.8.2. projektu ustawy	Zadanie, o którym mowa w ust. 1, realizuje koordynator do spraw opieki długoterminowej działający w powiatowym centrum pomocy rodzinie, a w przypadku miasta na prawach powiatu w miejskim ośrodku pomocy społecznej, albo w przypadku przekształcenia miejskiego ośrodka pomocy społecznej, działającego w mieście na prawach powiatu, w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818 oraz z 2025 r. poz. 620) – w centrum usług społecznych, zwany dalej „koordynatorem”.	Zadanie, o którym mowa w ust. 1, realizuje koordynator do spraw opieki długoterminowej działający w ośrodku pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, a w przypadku miasta na prawach powiatu w miejskim ośrodku pomocy społecznej, albo w przypadku przekształcenia miejskiego ośrodka pomocy społecznej, działającego w mieście na prawach powiatu, w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818 oraz z 2025 r. poz. 620) – w centrum usług społecznych, zwany dalej „koordynatorem”.	Uzasadnienie jw.	Uwaga nieuwzględniona. Treść uwagi jest konsekwencją uwagi poz. 36, która nie została uwzględniona.
40	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 8 ust. 2 projektu ustawy	Koordinatorem działa w OPS/PCPR/CUS	Koordinatorem do spraw opieki długoterminowej działa jako podmiot niezależny organizacyjnie i finansowo od jednostek finansujących świadczenia, w szczególności w strukturach administracji rządowej lub samorządowej szczebla wojewódzkiego.	OPS/PCPR są płatnikami pobytu w DPS. W sytuacji kierowania osoby do DPS jednostka ta ponosi koszty, natomiast skierowanie do ZOL/ZPO finansowane jest przez NFZ i nie obciąża budżetu pomocy społecznej. Rodzi to oczywisty konflikt interesów.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z założeniami projektowanej ustawy koordynator ds. opieki długoterminowej nie kieruje danej osoby do objęcia określonym zakresem usług czy świadczeń opieki długoterminowej, a jedynie wspiera taką osobę w uzyskaniu adekwatnego zakresu wsparcia.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						Zgodnie z obowiązującymi przepisami objęcie świadczeniami udzielanymi w ZOL/ZPO odbywa się jedynie na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i medycznych kryteriów kwalifikacji do objęcia tą opieką.
41	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 8	Art. 8: koordynacja jako zadanie własne powiatu realizowane przez koordynatora w PCPR/MOPS/CUS	W art. 8 dodać ust. 3: „3. Powiat zapewnia koordynatorowi warunki organizacyjno-techniczne niezbędne do realizacji zadań, w tym w szczególności: dostęp do narzędzi teleinformatycznych i danych, możliwość zwoływania spotkań interdyscyplinarnych oraz udział w szkoleniach dotyczących koordynacji opieki długoterminowej.”	Zwiększa wykonalność roli, którą WB opisuje jako wymagającą zdolności monitorowania i zbierania danych oraz poprawy systemu dostępu do informacji (World Bank, 2025, s. 154). Bez minimalnego obowiązku zapewnienia warunków istnieje ryzyko, że koordynacja pozostanie formalna (a nie operacyjna).	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze. Kierownicy tych jednostek posiadają już zapewnione zaplecze organizacyjno-techniczne umożliwiające im realizację zadań, wynikające z ich roli jako organów kierujących jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.
42	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego	Art. 8-12 projektu ustawy		Wymóg posiadania przez koordynatora wykształcenia medycznego lub pokrewnego z doprecyzowaniem zakresu odpowiedzialności, aby nie naruszał kompetencji osób wykonujących zawody medyczne.	Koordynacja na poziomie powiatu wskazuje, iż koordynator nie musi posiadać wykształcenia medycznego a zadania koordynatora obejmują analizę danych medycznych oraz podejmowanie działań wpływających na organizację świadczeń zdrowotnych.	Uwaga nieuwzględniona. Rola koordynatora to w głównej mierze wsparcie doradczo-informacyjne oraz zbieranie danych tj. działania w głównej mierze administracyjne zatem nadmiarowym wydaje się wymóg wykształcenia wyższego medycznego. Projektowane przepisy nie nakładają na

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						koordynatora obowiązku analizy danych medycznych.
43	Osoba fizyczna	Art. 8 i art. 27 ust. 2 projektu ustawy	<p>Art. 8 .1. Koordynacja zadań związanych z opieką długoterminową jest zadaniem własnym powiatu.</p> <p>Art. 27 po art. 111a dodaje się art. 111b w brzmieniu: „Art. 111b. 1. Ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia 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 – centrum usług społecznych, oraz inne jednostki organizacyjne gminy, o których mowa w art. 111, współpracują z koordynatorem do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... r. o opiece długoterminowej (Dz. U. ...), w zakresie wymiany informacji o dostępnych usługach i świadczeniach opieki długoterminowej w obszarze pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w szczególności</p>	<p>Dodanie ust. 2 do art. 111b</p> <p>Art. 111b ust. 2 „Ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia 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 – centrum usług społecznych, oraz inne jednostki organizacyjne gminy, o których mowa w art. 111, realizuje współpracę z koordynatorem do spraw opieki długoterminowej poprzez wyznaczonego pracownika lub zespół pracowników, zgodnie z regulaminem organizacyjnym jednostki.”</p>	<p>Koordynacja została przypisana jako zadanie własne powiatu (art. 8), natomiast zasadnicza realizacja usług społecznych odbywa się na poziomie gmin. OPS mają ustawowy obowiązek współpracy (art. 111b ustawy o pomocy społecznej), brak mechanizmu organizacyjnego po stronie OPS powoduje ryzyko współpracy wyłącznie formalnej.</p> <p>Doprecyzowanie wyłonienia osoby współpracującej z koordynatorem po stronie gminy wzmacnia operacyjność współpracy OPS–powiat, ogranicza ryzyko rozproszenia odpowiedzialności, ułatwia przepływ informacji o osobach wymagających wsparcia.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Poziom powiatu wydaje się właściwy do koordynacji usług, gdyż duża część placówek zarówno medycznych, jak i w ramach systemu pomocy społecznej (DPS) działa na poziomie/obszarze powiatu.</p> <p>Projekt ustawy został zmieniony w zakresie organizacji koordynacji. Funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub – w przypadku jego przekształcenia – dyrektor centrum usług społecznych.</p> <p>Doprecyzowanie w ustawie sposobu wyłaniania osoby współpracującej z Koordynatorem po stronie gminy nie jest konieczne. Gminy, jako jednostki samorządu terytorialnego, mają swobodę organizacyjną w zakresie ustalania wewnętrznych zasad współpracy oraz wyznaczania pracowników do wykonywania określonych zadań. Zapewnienie sprawnego przepływu informacji i współpracy OPS–powiat wynika z kompetencji kierownictwa tych jednostek oraz obowiązków ustawowych, dlatego nie wymaga dodatkowej regulacji w projekcie.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			upowszechniania informacji na temat realizowanych usług i świadczeń oraz ich dostępności.			
44	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 9		Doprecyzować art. 9 (zdanie końcowe): „...spośród pracowników tej jednostki, z zapewnieniem wyodrębnienia w zakresie obowiązków służbowych czasu niezbędnego do realizacji zadań koordynatora.”	WB wskazuje, że rola nie musi wymagać nowego etatu, ale wymaga realnego „umocowania w appointment” (World Bank, 2025, s. 154). Doprecyzowanie zabezpiecza, by koordynacja nie była dodatkiem „po godzinach”, co w praktyce osłabia skuteczność.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze.
45	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	art. 9 projektu ustawy	Koordynator wyznaczany spośród pracowników PCPR/MOPS/CUS	Uzupełnić przepis o minimalne wymagania kwalifikacyjne dla koordynatora opieki długoterminowej	Projekt nie określa kompetencji, wykształcenia ani doświadczenia niezbędnego do pełnienia funkcji koordynatora. Brak standardów grozi sprowadzeniem tej roli do kolejnego zadania administracyjnego bez realnego wpływu na jakość opieki.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Są to osoby już posiadające ustawowo określone kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe, wynikające z pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej. Tym samym zapewniony jest odpowiedni poziom kompetencji do realizacji zadań koordynacyjnych, bez

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						konieczności dodatkowego określania wymogów w projekcie ustawy.
46	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	Art. 9 projektu ustawy	Art. 9. Koordynatora wyznacza 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, o którym mowa w art. 8 ust. 2, dyrektor centrum usług społecznych, spośród pracowników tej jednostki.	Art. 9. 1. Koordynatora wyznacza 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, o którym mowa w art. 8 ust. 2, dyrektor centrum usług społecznych, spośród pracowników tej jednostki. 2. Na obszarze powiatu zapewnia się zatrudnienie co najmniej jednego koordynatora na każde rozpoczęte 30 000 osób w wieku 60 lat i więcej zamieszkujących dany powiat, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok wyznaczenia koordynatora.	Brak określenia minimalnych standardów kadrowych prowadzi w praktyce do znacznych dysproporcji pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego, skutkujących nadmiernym obciążeniem pojedynczych koordynatorów, ograniczoną dostępnością wsparcia oraz trudnościami w pełnieniu funkcji informacyjnych, doradczych i koordynacyjnych. W warunkach postępującego starzenia się społeczeństwa oraz wzrostu liczby osób wymagających długoterminowego wsparcia opiekuńczego, brak norm kadrowych stanowi istotną barierę dla efektywnego funkcjonowania systemu. Projektowana regulacja ma na celu zapewnienie równomiernego dostępu mieszkańców do usług koordynacyjnych, niezależnie od wielkości i struktury demograficznej powiatu. Odniesienie liczby koordynatorów do populacji osób w wieku 60 lat i więcej pozwala na bardziej adekwatne planowanie zasobów kadrowych, uwzględniające rzeczywiste zapotrzebowanie na wsparcie wynikające z procesów demograficznych oraz specyfiki lokalnych potrzeb opiekuńczych. Przyjęty wskaźnik jednego koordynatora na każde rozpoczęte 30 000 osób w wieku senioralnym ma charakter minimalnego standardu	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>organizacyjnego i pozostawia jednostkom samorządu terytorialnego możliwość zwiększenia liczby koordynatorów w przypadku wystąpienia szczególnych potrzeb lokalnych. Rozwiązanie to sprzyja podniesieniu jakości koordynacji usług, poprawie ciągłości wsparcia oraz skuteczniejszemu łączeniu działań systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i usług środowiskowych. Wprowadzenie normy liczebności koordynatorów wpisuje się w cele polityki senioralnej oraz rozwoju zintegrowanych usług społecznych, wzmacniając rolę koordynatora jako kluczowego ogniwa lokalnego systemu opieki długoterminowej. Zmiana ta przyczyni się do zwiększenia efektywności działań jednostek samorządu terytorialnego, poprawy dostępności wsparcia dla osób starszych i ich opiekunów oraz ograniczenia ryzyka przeciążenia instytucjonalnego systemu opieki długoterminowej.</p>	
47	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie „CENTRUM”	Art.9. projektu ustawy	Koordynatora wyznacza 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, o którym mowa w art. 8 ust. 2, dyrektor centrum usług	Koordynatora wyznacza kierownik ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, a w przypadku miasta na prawach powiatu – kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej, albo w przypadku przekształcenia miejskiego ośrodka pomocy społecznej, o którym mowa w art. 8 ust. 2, dyrektor centrum	Uzasadnienie jw.	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			społecznych, spośród pracowników tej jednostki. Kolejne zmiany winny być wprowadzone odpowiednio z zamianą powiatu na gminę.	usług społecznych, spośród pracowników tej jednostki.		Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze.
48	Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	Art. 9 projektu ustawy	Art. 9. Koordynatora wyznacza 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, o którym mowa w art. 8 ust. 2, dyrektor centrum usług społecznych, spośród pracowników tej jednostki.	Art. 9. Koordynatora wyznacza 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, o którym mowa w art. 8 ust. 2, dyrektor centrum usług społecznych, spośród pracowników tej jednostki. Koordynatora wspiera co najmniej dwuosobowy zespół złożony z pielęgniarki i pracownika socjalnego. Wielkość zespołu jest uzależniona od populacji oraz skali potrzeb wynikających ze struktury demograficznej powiatu.	Z uwagi na ryzyko braku odpowiednich kwalifikacji ze strony koordynatora wyznaczonego przez powiat oraz z uwagi na skalę wyzwań z jaki będzie musiał się on mierzyć, minimalnym wymogiem jaki należy postawić przed każdym powiatem jest stworzenie zespołu, w skład którego wejdą osoby z odpowiednimi kwalifikacjami.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze.
49	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 9 projektu ustawy	Koordynator wyznaczony przez OPS/PCPR	Koordynatora wyznacza wojewoda, marszałek województwa albo inny niezależny organ wskazany w przepisach wykonawczych.	Umiejscowienie funkcji na poziomie wojewódzkim eliminuje bezpośredni konflikt interesów oraz sprzyja jednolitości standardów koordynacji w regionie.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora powierzono kierownikowi powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w przypadku miasta na prawach powiatu: kierownikowi miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia, dyrektorowi centrum usług społecznych.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						Umieszczenie funkcji Koordynatora na poziomie powiatu jest zgodne z organizacją zadań związanych z koordynacją opieki długoterminowej. To na poziomie powiatu znajdują się informacje o osobach wymagających wsparcia oraz odbywa się bieżąca współpraca z podmiotami realizującymi usługi z zakresu opieki długoterminowej, co umożliwi efektywną i bezpośrednią koordynację. Przeniesienie funkcji na poziom wojewódzki oddaliłoby proces koordynacji od rzeczywistych potrzeb mieszkańców i utrudniłoby sprawne prowadzenie działań w tym obszarze.
50	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	art. 9-13 projektu ustawy	Zadania koordynatora powierzone jednej osobie na poziomie całego powiatu; brak norm zatrudnienia.	Wprowadzić minimalny standard zatrudnienia: co najmniej jeden koordynator na każde rozpoczęte 30 tys. mieszkańców w wieku 60+.	Zakres obowiązków jest zbyt szeroki, aby mogła je wykonać jedna osoba. Brak norm kadrowych doprowadzi do działań pozornych i braku realnego wsparcia mieszkańców.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze.
51	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	art. 9-19 projektu ustawy	Rozbudowany katalog obowiązków bez zapewnienia zasobów kadrowych i finansowych.	Powiązanie zadania koordynatora i instytucji z minimalnymi standardami kadrowymi i dodatkowymi środkami finansowymi.	Bez zasobów ustawa będzie realizowana głównie na poziomie sprawozdawczości, bez realnej poprawy opieki nad osobami zależnymi.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Z tego względu nie ma potrzeby dodawania przepisu wskazanego w uwadze.
52	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	art. 10 projektu ustawy	Art. 10: zadania koordynatora obejmują doradztwo, dane, informowanie, współpracę, propozycje usprawnień, spotkania interdyscyplinarne, działania edukacyjne	W art. 10 dodać pkt 8–11: „8) prowadzenie – za zgodą osoby wymagającej wsparcia lub jej przedstawiciela ustawowego – sprawy koordynacyjnej, w szczególności poprzez uzgodnienie z tą osobą oraz właściwymi podmiotami sekwencji działań prowadzących do uzyskania usług i świadczeń oraz monitorowanie realizacji uzgodnionych działań; 9) współpraca z koordynatorami opieki w podstawowej opiece zdrowotnej, o których mowa w przepisach odrębnych, oraz z wyznaczonymi punktami kontaktowymi ds. koordynacji, o których mowa w art. 14a; 10) wspieranie ciągłości opieki w przejściach pomiędzy miejscami i formami opieki, w szczególności w przejściu szpital–dom, poprzez organizowanie współpracy zgodnie z art. 14–19; 11) organizowanie kanałów pozyskiwania informacji zwrotnej od osób korzystających z opieki długoterminowej, ich rodzin i opiekunów nieformalnych oraz przekazywanie wniosków w sprawozdaniach, o których mowa w art. 12.”	ESPAN akcentuje problem braku procedur odesłań i wymiany informacji oraz „niezynchronizowanych przejść” powodujących opóźnienia (ESPAN, 2025, s. 65). WB rekomenduje koordynatorów na poziomie powiatu, ich współpracę z POZ i rolę w standaryzacji wypisów oraz potrzebę kanałów komunikacji i mechanizmów feedbacku (World Bank, 2025, s. 154). Uzasadnienie projektu podkreśla brak ingerencji w kompetencje decyzyjne – zaproponowane brzmienie tego nie narusza: koordynator „domyka” proces i monitoruje, ale nie przyznaje świadczeń.	Uwaga nieuwzględniona. Zgłaszana propozycja rozszerzenia katalogu zadań Koordynatora o prowadzenie sprawy koordynacyjnej, współpracę z koordynatorami POZ, wsparcie ciągłości opieki oraz organizowanie kanałów informacji zwrotnej jest merytorycznie wartościowa i koresponduje z wyzwaniem opisanym w literaturze międzynarodowej (ESPAN; Bank Światowy). Obecna koncepcja ustawy zakłada jednak ograniczony zakres udziału Koordynatora w indywidualnych sprawach osób wymagających opieki długoterminowej. Ustawa nie zmienia dotychczasowego systemu kwalifikowania do świadczeń ani kompetencji decyzyjnych właściwych podmiotów, dlatego rozszerzenie zadań Koordynatora o bezpośrednie prowadzenie spraw indywidualnych wykraczałoby poza założenia projektu. Ponadto wprowadzenie tak szerokiego katalogu obowiązków istotnie zwiększałoby obciążenie pracą, co mogłoby być organizacyjnie niewykonalne bez dodatkowych zasobów kadrowych i finansowych. Z tego względu projekt nie przewiduje rozszerzenia zadań w zaproponowanym zakresie.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
53	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	art. 10 projektu ustawy	Zakres zadań koordynatora (doradztwo, informacja, współpraca, inicjowanie działań)	Rozszerzyć katalog zadań o jasno określone uprawnienia koordynatora, w tym możliwość inicjowania procedur międzysektorowych oraz udział w postępowaniach dotyczących zabezpieczenia osoby niesamodzielnej	Obecnie koordynator pełni wyłącznie funkcję informacyjno-doradczą, bez realnych narzędzi sprawczych. W praktyce nie rozwiązuje to kluczowych problemów systemowych, w tym braku ciągłości opieki i długiego oczekiwania na decyzje instytucjonalne.	<p>Uwaga częściowo uwzględniona.</p> <p>Zaproponowane rozszerzenie katalogu zadań Koordynatora o uprawnienia związane z inicjowaniem procedur międzysektorowych oraz udziałem w postępowaniach dotyczących zabezpieczenia osoby niesamodzielnej wykracza poza założenia projektowanej ustawy. Obecna koncepcja przewiduje, że Koordynator pełni przede wszystkim funkcje informacyjne, doradcze oraz wspierające rozwój i dostępność opieki długoterminowej na poziomie powiatu, natomiast ustawa nie ingeruje w obowiązujące procedury kwalifikowania do usług i świadczeń ani w kompetencje decyzyjne właściwych podmiotów. Włączenie Koordynatora w prowadzenie spraw indywidualnych oraz w procesy decyzyjne dotyczące zabezpieczenia osób niesamodzielnych oznaczałoby istotne poszerzenie zakresu jego zadań i wymagałoby zarówno zmian systemowych, jak i zapewnienia dodatkowych zasobów osobowych. Realizacja tak rozbudowanych uprawnień byłaby organizacyjnie niewykonalna, prowadząc do ryzyka przeciążenia oraz ograniczenia możliwości wykonywania pozostałych obowiązków. W obecnej wersji projektu katalog zadań Koordynatora obejmuje działania analityczne, informacyjne, inicjowanie usprawnień systemowych na poziomie powiatu oraz współpracę z podmiotami realizującymi usługi opieki</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						długoterminowej. Zakres ten odpowiada roli wspierającej i koordynacyjnej, zgodnej z konstrukcją projektu, i nie przewiduje rozszerzenia na udział w indywidualnych postępowaniach.
54	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	art. 10 w zw. z art. 14-19 projektu ustawy	Brak odniesienia do procedur sądowych i sytuacji przymusowego umieszczenia w placówce	Uzupełnić ustawę o odniesienie do współpracy z sądami oraz o instrumenty wspierające osoby oczekujące na rozstrzygnięcia w sprawach ubezwłasnowolnienia lub zabezpieczenia opieki	Jednym z największych problemów opieki długoterminowej jest przewlekłość postępowań sądowych w sprawach ubezwłasnowolnienia i umieszczenia w placówkach całodobowych. Projekt ustawy nie przewiduje żadnych mechanizmów, które mogłyby realnie usprawnić ten proces.	Uwaga nieuwzględniona. Zgłoszona propozycja dotyczy odniesienia projektu ustawy do postępowań sądowych, w szczególności w sprawach ubezwłasnowolnienia, zabezpieczenia opieki oraz przymusowego umieszczenia w placówkach całodobowych. Kwestie te należą jednak do obszaru regulacji procedury cywilnej i prawa rodzinnego, a ich przebieg oraz kompetencje sądów powszechnych wynikają z odrębnych ustaw. Projektowana nie przewiduje ingerencji w tok ani organizację postępowań sądowych, ani w kompetencje sądów związane z orzekaniem o środkach ochrony prawnej. Należy podkreślić, że projekt ustawy koncentruje się na usprawnieniu koordynacji i dostępności usług opieki długoterminowej, a nie na zmianie procedur decyzyjnych w zakresie środków prawnych chroniących osoby niesamodzielne.
55	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 10 projektu ustawy	Zadania koordynatora – brak określenia charakteru	Dodaje się ust. 2: „Koordynator wykonuje zadania o charakterze informacyjnym, doradczym i koordynacyjnym i nie posiada kompetencji decyzyjnych ani finansowych.”	Przepis porządkuje rolę koordynatora i potwierdza, że nie ma on realnego wpływu na przyznawanie świadczeń, co tym bardziej wymaga jego niezależności od płatników.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane doprecyzowanie, że Koordynator wykonuje zadania wyłącznie o charakterze informacyjnym, doradczym i koordynacyjnym, a także nie posiada kompetencji decyzyjnych ani

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						<p>finansowych, odpowiada faktycznemu zakresowi zadań określonego projekcie ustawy. Zakres ten jednoznacznie wynika z brzmienia przepisów i nie obejmuje uprawnień władczych, wpływających na przyznawanie świadczeń lub uruchamianie procedur administracyjnych.</p> <p>Nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowego przepisu potwierdzającego brak kompetencji decyzyjnych, ponieważ żadna z regulacji ustawy nie przyznaje Koordynatorowi takich uprawnień.</p> <p>Funkcja Koordynatora została celowo ukształtowana jako wspierająca i koordynacyjna, bez ingerencji w procesy decyzyjne właściwych instytucji.</p> <p>Wprowadzenie proponowanego ust. 2 miałoby charakter deklaracyjny i nie wnosiłoby nowych treści normatywnych, dlatego uwaga nie została uwzględniona.</p>
56	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 10 pkt 1 projektu ustawy	Wsparcie doradcze w wyborze świadczeń	Wsparcie doradcze (...) z uwzględnieniem wszystkich dostępnych form opieki długoterminowej, niezależnie od źródła finansowania	Koordynator będący pracownikiem OPS może być skłonny rekomendować ZOL/ZPO jako rozwiązania bez kosztowe dla pomocy społecznej, nawet gdy DPS jest bardziej adekwatny.	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projektowana ustawa nie różnicuje zakresu zadań koordynatora w zależności od źródła finansowania usług ani nie wprowadza preferencji dla określonych form opieki. Zgodnie z art. 10 pkt 1 i 4 koordynator udziela wsparcia informacyjnego i doradczego dotyczącego usług i świadczeń opieki długoterminowej, obejmującego pełny katalog dostępnych form, zgodnie z obowiązującymi przepisami.</p> <p>Zadania koordynatora mają charakter neutralny i bezstronny.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
57	Stowarzyszenie Agencja Zatrudnienia	Art. 10 pkt 1 projektu ustawy			W odniesieniu do projektowanej funkcji koordynatora do spraw opieki długoterminowej zasadne byłoby doprecyzowanie, że działania informacyjne i doradcze obejmują w równym stopniu dostępne usługi opieki domowej i środowiskowej, niezależnie od formy własności podmiotów je realizujących. Takie doprecyzowanie wzmocniłoby funkcję koordynacyjną ustawy oraz poprawiło przejrzystość systemu dla osób wymagających wsparcia i ich rodzin.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane doprecyzowanie nie jest konieczne na poziomie ustawy. Zgodnie z art. 10 pkt 1 i 4 projektowanej ustawy koordynator udziela informacji i wsparcia doradczego dotyczącego wszystkich usług i świadczeń opieki długoterminowej, bez względu na formę ich organizacji, miejsce udzielania czy źródło finansowania. Przepisy nie wprowadzają żadnych preferencji dla określonych usług ani dla podmiotów. Rolą koordynatora jest przedstawianie pełnej i bezstronnej informacji o dostępnych formach opieki, w tym opiece domowej i środowiskowej. Obowiązek uwzględniania całego katalogu usług wynika już z brzmienia ustawy i nie wymaga dodatkowego doprecyzowania.
58	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 10 pkt 2 projektu ustawy	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: 2) zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej oraz danych publikowanych lub przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także danych publikowanych przez wojewodów ;		Dotyczy podmiotów publicznych czy także prywatnych? Co jest warunkiem dostania się na listę podmiotów realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej? Czy będzie uruchomiony jednocześnie system opinii o wskazywanych podmiotach oraz o kosztach i zakresie oferowanego wsparcia?	Uwaga nieuwzględniona. Art. 10 pkt 2 dotyczy analizowania danych pozyskiwanych „w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej”. Przepis odnosi się do wszystkich podmiotów świadczących takie usługi lub świadczenia, niezależnie od formy własności – zarówno publicznych, jak i niepublicznych – o ile działają na podstawie właściwych przepisów sektorowych (ochrona zdrowia, pomoc społeczna). Projekt ustawy nie tworzy ani nie zmienia katalogu podmiotów uprawnionych do realizacji usług lub świadczeń opieki

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						długoterminowej; jest on określany w ustawach sektorowych i wynikających z nich rejestrach. Ustawa nie wprowadza również „listy podmiotów rekomendowanych” ani systemu opinii, ocen czy porównań zakresu i kosztów usług. Wprowadzenie systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich ewaluacji będzie stanowić następny etap reformy.
59	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 10 pkt 4 projektu ustawy	Współpraca bez wyraźnego wskazania DPS	Po wyrazach „jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej” dodaje się „w tym domami pomocy społecznej realizującymi opiekę długoterminową”.		Uwaga nieuwzględniona. DPS jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej zgodnie z art. 6 pkt 5 ustawy o pomocy społecznej.
60	Stowarzyszenie Agencja Zatrudnienia	Art. 10 pkt 4 projektu ustawy			Z perspektywy funkcjonowania rynku usług opiekuńczych warta również rozważyć doprecyzowanie przepisów dotyczących współpracy z podmiotami realizującymi opiekę długoterminową, poprzez jednoznaczne wskazanie, że obejmuje ona także podmioty prowadzące działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług opieki domowej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi. Odzwierciedlałoby to faktyczną strukturę rynku i sprzyjało jednolitej praktyce na poziomie lokalnym.	Uwaga nieuwzględniona. W przepisie wskazano możliwość dość szerokiego zakresu współpracy poprzez wskazanie: „a także innymi podmiotami w celu zapewnienia i rozwoju opieki długoterminowej”.
61	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	art. 10 pkt 6 projektu ustawy	inicjowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej (...)	inicjowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej, w tym występowanie z wnioskami i rekomendacjami do właściwych podmiotów	Zapewnia koordynatorowi realne narzędzia oddziaływania, bez naruszania kompetencji innych organów.	Uwaga uwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				realizujących zadania w zakresie opieki długoterminowej dodanie pkt 9: „9) występowanie do podmiotów realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej z wnioskami o udzielenie informacji lub podjęcie działań w zakresie dostępności i jakości opieki długoterminowej.”		
62	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	Art.10.8 projektu ustawy	informowanie opiekunów nieformalnych i osób bliskich o realizowanych na terenie powiatu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego działaniach lub wsparciu, o których mowa w art. 6.		Dopisać w jakiej formie mają być informowani opiekunowie	Uwaga nieuwzględniona. Projektowana ustawa celowo nie określa formy informowania opiekunów nieformalnych i osób bliskich, pozostawiając te kwestie do uregulowania na poziomie praktyki organizacyjnej właściwych jednostek samorządu terytorialnego. Określenie jednej, ustawowo sztywnej formy kontaktu nie uwzględniałoby zróżnicowania lokalnych warunków, dostępnych narzędzi komunikacji, skali potrzeb oraz preferencji odbiorców informacji.
63	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 10 pkt 8 projektu ustawy	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: 8) informowanie opiekunów nieformalnych i osób bliskich o realizowanych na terenie powiatu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego działaniach lub wsparciu, o których mowa w art. 6 .		Informowania w jakiej formie i czasie?	Uwaga nieuwzględniona. Przepis art. 10 pkt 8 ma charakter ramowy i określa zakres zadań koordynatora, pozostawiając sposób ich realizacji do uregulowania na poziomie organizacyjnym przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego oraz w praktyce działania koordynatorów. Koordynator może przekazywać informacje w sposób adekwatny do

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						konkretnej sytuacji – m.in. podczas kontaktu osobistego, telefonicznego, elektronicznego lub poprzez informacje publikowane i udostępniane przez powiat.
64	Fundacja Hospicyjna	Art. 10 pkt 2) projektu ustawy	zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej oraz danych publikowanych lub przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także danych publikowanych przez wojewodów;	zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej oraz danych publikowanych lub przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także danych publikowanych przez wojewodów, w tym rejestrów podmiotów wymienionych w pkt 4) prowadzących usługi wymienione w pkt. 3)	Istotne dla uwzględnienia różnych form usług, w tym do tej pory nieskwalifikowanych jednoznacznie, np. jednostki realizujące stacjonarną opiekę wytchnieniową	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie wprowadza zmian w obowiązujących rozwiązaniach dotyczących opieki wytchnieniowej, która jest realizowana na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym oraz programów resortowych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opieka wytchnieniowa pozostaje odrębnym instrumentem wsparcia, finansowanym i organizowanym w oparciu o te akty prawne, z jasno określonymi zasadami dostępu, trybem realizacji oraz grupą beneficjentów. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej. Niemniej jednak tym przepisem w pkt 4 uwzględniono możliwość dość szerokiego zakresu współpracy poprzez wskazanie: „a także innymi podmiotami w celu zapewnienia i rozwoju opieki długoterminowej”.
65	Fundacja Jesteśmy Ważni	Art. 10 projektu ustawy	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: 1. indywidualne wsparcie doradcze w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki	Proponuje się zmianę art. 10 poprzez dodanie pkt 9 w brzmieniu: 9) zapewnienie wsparcia doradczego i koordynacyjnego dla opiekunów	Rodzice dzieci z niepełnosprawnościami oraz opiekunowie dorosłych osób z niepełnosprawnościami mierzą się z koniecznością wieloletniego planowania opieki i wsparcia, obejmującego różne etapy życia osoby wymagającej opieki. Szczególnie krytycznym momentem jest	Uwaga nieuwzględniona. Postulowane rozszerzenie katalogu zadań koordynatora o wsparcie doradcze i koordynacyjne w zakresie planowania ciągłości opieki nad dziećmi i dorosłymi osobami z niepełnosprawnościami

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>długoterminowej dostosowanych do potrzeb i sytuacji osoby wymagającej tych usług i świadczeń;</p> <p>2. zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami</p> <p>3. realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej oraz danych publikowanych lub przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także danych publikowanych przez wojewodów; udzielanie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej (...);</p> <p>4. współpraca z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej (...);</p> <p>5. identyfikowanie potrzeb oraz ograniczeń w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej na terenie powiatu;</p> <p>6. inicjowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej (...);</p>	<p>długoterminowych dzieci oraz dorosłych osób z niepełnosprawnościami, w szczególności w zakresie planowania ciągłości wsparcia na kolejnych etapach życia osoby wymagającej opieki, w tym w procesie przejścia z systemu wsparcia dla dzieci do systemu wsparcia dla osób dorosłych.</p>	<p>przejście z systemu wsparcia dla dzieci do systemu wsparcia dla osób dorosłych, które obecnie często wiąże się z utratą ciągłości usług i brakiem informacji.</p> <p>Rozszerzenie katalogu zadań koordynatora o ten element pozwoli na realne wsparcie rodzin w planowaniu długoterminowej opieki oraz zapobieganie systemowym „lukom” w dostępie do usług i świadczeń.</p>	<p>wykracza poza ramy projektowanej ustawy. Rolą koordynatora jest udzielanie informacji oraz wsparcie doradcze dotyczące dostępu do usług i świadczeń opieki długoterminowej, zgodnie z art. 10, natomiast projekt nie obejmuje całości procesów związanych z przejściem pomiędzy systemami wsparcia dla dzieci i dorosłych ani planowania długoterminowych ścieżek opieki – są to zagadnienia regulowane przepisami sektorowymi i programami dedykowanymi osobom z niepełnosprawnościami.</p> <p>Projekt ustawy ma charakter pierwszego etapu reformy, koncentrując się na stworzeniu mechanizmów koordynacji, przepływu informacji i monitorowania opieki długoterminowej. Wprowadzenie dodatkowych obowiązków dotyczących indywidualnego planowania wieloletniej opieki wymagałoby odrębnych rozwiązań systemowych oraz szerszych zmian legislacyjnych poza zakresem niniejszej ustawy.</p> <p>Jednocześnie ustawa nie ogranicza możliwości udzielania wsparcia rodzinom przez koordynatorów w zakresie informacji o usługach dostępnych na poszczególnych etapach życia osoby wymagającej opieki. Postulat może stanowić materiał do dalszych analiz w kolejnych fazach reformy, zwłaszcza w kontekście projektowania instrumentów poprawiających ciągłość wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			7.udział w konsultacjach i procesie planowania lokalnego w obszarze opieki długoterminowej; 8. informowanie opiekunów nieformalnych i osób bliskich o realizowanych (...) działaniach lub wsparciu, o których mowa w art. 6.			
66	Fundacja Pro Omnis	Art. 10 projektu ustawy (Zadania koordynatora)	Art. 10 określa katalog zadań koordynatora, w tym współpracę z podmiotami ekonomii społecznej.	Dodać nowy punkt w Art. 10, np. Art. 10 pkt 4a: "udzielanie podmiotom, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 806), informacji o instrumentach wsparcia, o których mowa w art. 21 i art. 22 tej ustawy, w zakresie usług opieki długoterminowej;"	Wprowadzenie obowiązku informowania przez Koordynatora o instrumentach wsparcia finansowego i pozafinansowego przewidzianych w ustawie o ekonomii społecznej jest niezbędne, aby w pełni wykorzystać potencjał podmiotów ekonomii społecznej (w tym organizacji pozarządowych) w realizacji i rozwoju usług opieki długoterminowej, zwłaszcza w zakresie zatrudnienia i reintegracji osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Jest to zgodne z celem ustawy, jakim jest rozwój i zapewnienie opieki oraz w kontekście realizacji kamienia milowego A70G dla reformy pn. A4.6 „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej”.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane rozszerzenie katalogu zadań koordynatora o obowiązek informowania podmiotów ekonomii społecznej o instrumentach wsparcia przewidzianych w ustawie o ekonomii społecznej wykracza poza zakres projektowanej ustawy. Zadania koordynatora dotyczą koordynacji oraz udzielania informacji w obszarze usług i świadczeń opieki długoterminowej, a nie wsparcia instytucjonalnego dla rozwoju podmiotów ekonomii społecznej. Kompetencje w zakresie wdrażania instrumentów wsparcia finansowego i pozafinansowego dla PES wynikają bezpośrednio z ustawy o ekonomii społecznej i realizowane są przez właściwe instytucje sektora ekonomii społecznej, które – zgodnie z ustawą o ekonomii społecznej – odpowiadają za wdrażanie tych instrumentów. Projekt ustawy przewiduje już współpracę koordynatora z podmiotami ekonomii społecznej, jednak na poziomie świadczenia usług opieki długoterminowej, a nie prowadzenia

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						<p>działań wspierających ich rozwój organizacyjny czy doradztwo dotyczące dostępnych instrumentów finansowania. Wprowadzanie dodatkowych obowiązków informacyjnych w tym zakresie prowadziłoby do rozszerzenia roli koordynatora poza ramy systemu opieki długoterminowej i wkraczałoby w kompetencje innych podmiotów publicznych.</p> <p>Jednocześnie projekt ustawy nie ogranicza możliwości współpracy koordynatora z PES tam, gdzie wynika to z lokalnych potrzeb lub praktyki. Postulat może stanowić materiał do dalszych analiz na etapie realizacji kolejnych działań w ramach reformy.</p>
67	Fundacja Pro Omnis	Art. 10 pkt 7 projektu ustawy (Zadania koordynatora – planowanie)	"udział w konsultacjach i procesie planowania lokalnego w obszarze opieki długoterminowej;"	Zmienić Art. 10 pkt 7 na: "udział w konsultacjach i procesie planowania lokalnego w obszarze opieki długoterminowej, z uwzględnieniem promowania i ułatwiania dostępu do zamówień publicznych, w tym wykorzystania możliwości zastrzeżenia zamówień publicznych, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej, na rzecz przedsiębiorstw społecznych realizujących usługi opieki długoterminowej;"	Włączenie promocji mechanizmów zastrzeżonych zamówień publicznych (Art. 26 UES) do zadań Koordynatora na etapie planowania lokalnego zwiększy udział Przedsiębiorstw Społecznych (PS) w świadczeniu usług opieki długoterminowej. Zapewni to realizację jednego z celów wspierania rozwoju ekonomii społecznej przez organy administracji publicznej.	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Proponowane rozszerzenie zadania koordynatora o działania związane z promowaniem i ułatwianiem dostępu przedsiębiorstw społecznych do zamówień publicznych, w tym wykorzystania mechanizmu zamówień zastrzeżonych z art. 26 ustawy o ekonomii społecznej, wykracza poza zakres zadań określonych dla koordynatora w projektowanej ustawie. Koordynator pełni funkcję informacyjną i doradczą w zakresie usług i świadczeń opieki długoterminowej, a nie w obszarze polityki zakupowej czy wsparcia podmiotów ekonomii społecznej w procesach ubiegania się o zamówienia publiczne.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						Promowanie narzędzi zamówień publicznych oraz wspieranie przedsiębiorstw społecznych należy do zadań i kompetencji właściwych organów administracji publicznej, jednostek samorządu terytorialnego oraz instytucji odpowiedzialnych za rozwój ekonomii społecznej, zgodnie z ustawą o ekonomii społecznej.
68	Fundacja Pro Omnis	Art. 10, po ust. 8 projektu ustawy (lub nowy Art. 10a)	Art. 10 określa zadania Koordynatora, w tym: doradztwo (pkt 1), udzielanie informacji (pkt 3), inicjowanie działań (pkt 6).	Dodać nowy ustęp: "Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3 i 6, może zostać zlecona Przedsiębiorstwu Społecznemu, o którym mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 806), działającemu w obszarze usług społecznych na terenie powiatu lub miasta na prawach powiatu."	Zlecenie Przedsiębiorstwom Społecznym (PS), których działalność obejmuje realizację usług społecznych, zadań doradczych, informacyjnych i inicjowania działań usprawniających (Art. 10 pkt 1, 3 i 6) umożliwi wykorzystanie specjalistycznej wiedzy i lokalnego potencjału sektora ekonomii społecznej, w tym organizacji pozarządowych. Taka współpraca przyczyni się do zwiększenia efektywności i dostępności usług ODT na poziomie lokalnym oraz wzmocni sektor PS (jednostek, których celem jest m.in. świadczenie usług społecznych).	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane dodanie przepisu umożliwiającego zlecenie przez powiat realizacji zadań koordynatora Przedsiębiorstwom Społecznym wykracza poza zakres projektowanej ustawy i konstrukcję funkcji koordynatora. Projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Kierownicy tych jednostek posiadają już zapewnione zaplecze organizacyjno-techniczne umożliwiające im realizację zadań, wynikające z ich roli jako organów kierujących jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.
69	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 10 projektu ustawy		W art. 10 dodać pkt 12: „12) prowadzenie okresowego przeglądu zasobów usług i świadczeń opieki długoterminowej na terenie powiatu oraz identyfikacja	Brak wyraźnego „mapowania” usług i potrzeb jako funkcji koordynacji (w art. 10 jest zbieranie danych i analiza, ale bez obowiązku mapowania i rozpoznania białych plam). WB wskazuje, że brak wiedzy o	Uwaga nieuwzględniona. Art. 10 projektu ustawy już przewiduje obowiązek zbierania oraz analizowania danych dotyczących usług i świadczeń opieki długoterminowej, w tym

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				obszarów niezaspokojonych potrzeb w oparciu o dane i współpracę, o których mowa w pkt 2 i 4.”	niezaspokojonych potrzebach i niedostateczne mapowanie są źródłem geograficznych różnic w dostępności (World Bank, 2025, s. 77). Mapowanie jest też wprost elementem pakietu rozwiązań governance (World Bank, 2025, s. 121).	identyfikowania potrzeb i ograniczeń w dostępności na terenie powiatu. Wynika to wprost z art. 10 pkt 2 i pkt 5 projektu ustawy, które obejmują zarówno analizę danych, jak i identyfikację potrzeb oraz barier w dostępności usług. Z dodanych w uwadze kompetencji w praktyce wynikałyby czynności, które już mieszczą się w obecnym brzmieniu przepisu, a ich literalne doprecyzowanie mogłoby prowadzić do nadregulacji i usztywnienia ustawowego katalogu zadań koordynatora. Ponadto należy podkreślić, że mapowanie „białych plam” w zakresie świadczeń zdrowotnych już jest prowadzone w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych, realizowanych przez NFZ i Ministra Zdrowia we współpracy z wojewodami. Dodawanie równoległego obowiązku koordynatorowi powiatowemu byłoby nieuzasadnionym zdublowaniem istniejących mechanizmów. Projekt ustawy stanowi pierwszy etap reformy. Przewidziana ewaluacja funkcjonowania ustawy umożliwi ocenę, czy w przyszłości zasadne będzie dalsze doprecyzowanie zakresu zadań koordynatorów, w tym ewentualne doprecyzowanie przepisów dotyczących lokalnego „mapowania” usług.
70	Osoba fizyczna	Art. 10 projektu ustawy	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: 1) indywidualne wsparcie doradcze w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki długoterminowej dostosowanych do potrzeb i sytuacji osoby	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: 1) organizacja usług indywidualnego wsparcia doradczego w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki długoterminowej dostosowanych do potrzeb i	Praca z osobą (w tym przypadku: opiekunem nieformalnych lub osobą wymagającą opieki całodobowej) nie jest elementem koordynacji lokalnego systemu opieki długoterminowej tylko świadczeniem usług bezpośredniego wsparcia w ramach tego systemu. W związku z tym zadaniem koordynatora powinno być organizowanie usług indywidualnego wsparcia a nie jego	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z koncepcją przyjętą w projekcie ustawy koordynator pełni funkcję informacyjno-doradczą oraz organizacyjno-koordynacyjną w zakresie systemu opieki długoterminowej. Wsparcie doradczemnie stanowi świadczenia usług bezpośrednich, lecz element wykonywania ustawowych zadań o charakterze informacyjnym. Zmiana proponowana w uwadze prowadziłyby do

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			wymagającej tych usług i świadczeń; ... 8) informowanie opiekunów nieformalnych i osób bliskich o realizowanych na terenie powiatu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego działaniach lub wsparciu, o których mowa w art. 6.	sytuacji osoby wymagającej tych usług i świadczeń; ... 8) udostępnianie informacji opiekunom nieformalnym i osobom bliskim o realizowanych na terenie powiatu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego działaniach lub wsparciu, o których mowa w art. 6.	świadczenie (ust. 1) jak również udostępnianie informacji a nie informowanie (ust. 8). Poza tym, biorąc od uwagę, że koordynator ma być powoływany w powiatach oraz miastach na prawach powiatu (po 1 koordynatorze na jednostkę samorządu terytorialnego) w przypadku największych jednostek samorządowych tj. miast powyżej 500 tys., mieszkańców osoba sprawująca te funkcje nie byłaby w stanie osobiście udzielać indywidualnego wsparcia wszystkim potrzebującym.	nadania koordynatorowi znacznie szerszych uprawnień, zbliżonych do roli usługodawcy lub jednostki kwalifikującej do świadczeń, co pozostaje w sprzeczności z założeniem ustawy, zgodnie z którym koordynator nie ingeruje w kwalifikowanie do wsparcia ani nie wykonuje usług opiekuńczych. Użyte w projekcie sformułowania nie oznaczają konieczności osobistego wykonywania wszystkich czynności przez koordynatora, lecz określają zakres odpowiedzialności jednostki, w ramach której działa. W projekcie ustawy dokonano zmiany rozwiązania w tym zakresie wskazując, iż koordynatorem jest 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 z dnia 19 lipca 2019 r. 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. Kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, czyli koordynator do spraw opieki długoterminowej, będzie mógł zaplanować organizację pracy, uwzględnić lokalnych warunków kadrowych oraz właściwie rozłożyć zadań tak, aby funkcja koordynatora była realnie wykonalna przy pomocy aktualnych zasobów urzędu.
71	Osoba fizyczna	Art. 10 ust. 2 projektu ustawy	zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z	zbieranie, porządkowanie i analizowanie informacji pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami	Art. 10 pkt 2 odnosi się głównie do danych od NFZ i wojewodów. W praktyce:	Uwaga nieuwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej oraz danych publikowanych lub przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także danych publikowanych przez wojewodów;	publicznymi (Narodowy Fundusz Zdrowia, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego) i niepublicznymi, w tym organizacjami pozarządowymi, podmiotami ekonomii społecznej oraz podmiotami prywatnymi realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej.	część usług opieki długoterminowej realizowana jest przez NGO i sektor prywatny. Brak jednoznacznej podstawy do systematycznego pozyskiwania danych od tych podmiotów osłabia planowanie lokalne. Rozszerzenie katalogu źródeł danych: wzmacnia rolę koordynatora jako centrum wiedzy o lokalnym systemie, umożliwia rzeczywiste monitorowanie dostępności usług, jest zgodne z celem budowy zintegrowanego systemu informacyjnego opisanego w uzasadnieniu ustawy i zgodne z ideą wielosektrowości.	Art. 10 ust. 2 projektu ustawy już obecnie obejmuje dane pozyskiwane w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej, niezależnie od ich formy prawnej. Zgodnie z tym przepisem koordynator zbiera informacje zarówno od jednostek publicznych, jak i podmiotów niepublicznych, z którymi współpracuje w swoim powiecie, co obejmuje organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej oraz podmioty prywatne udzielające usług w ramach opieki długoterminowej. Projektowana ustawa nie zmienia systemu kwalifikowania do usług ani zasad udzielania wsparcia w ustawach sektorowych, lecz zapewnia mechanizm szybkiej wymiany informacji, który umożliwia podjęcie działań przez właściwe instytucje w ramach ich aktualnych kompetencji. Doprecyzowanie katalogu źródeł danych w sposób zaproponowany w uwadze nie jest konieczne, ponieważ obowiązek współpracy i wymiany informacji obejmuje już wszystkie podmioty realizujące usługi w ramach opieki długoterminowej, bez względu na ich status publiczny lub niepubliczny. Rozszerzenie przepisu mogłoby wprowadzać niezamierzoną kazuistykę i niepotrzebnie usztywniać regulację.
72	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	Art. 10-13 projektu ustawy	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: (...). Art. 11. Koordynator udostępnia (...) Art. 12. 1. Koordynator		Zakres zadań koordynatora określony w art. 10-13 ma charakter bardzo szeroki i obejmuje jednocześnie działania o profilu indywidualnym, analitycznym,	Uwaga uwzględniona. W projekcie ustawy dokonano zmiany rozwiązania w tym zakresie wskazując, iż

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>sporządza coroczne sprawozdanie (...)Art. 13. 1. Koordynatorzy działający na obszarze danego województwa współpracują (...)</p>		<p>informacyjnym, koordynacyjnym, planistycznym oraz sprawozdawczym, realizowane na poziomie całego powiatu. Do obowiązków koordynatora należy nie tylko bezpośrednio, indywidualne wsparcie doradcze osób wymagających opieki długoterminowej oraz ich opiekunów, lecz także systematyczne gromadzenie i analizowanie danych z wielu źródeł instytucjonalnych, bieżące informowanie mieszkańców i podmiotów realizujących opiekę długoterminową, inicjowanie działań usprawniających funkcjonowanie systemu, udział w procesach planowania lokalnego, współpraca międzysektorowa oraz przygotowywanie rozbudowanych sprawozdań na potrzeby organów samorządu terytorialnego i administracji rządowej.</p> <p>Przyjęcie założenia, że tak szeroki katalog zadań może być realizowany przez jedną osobę na poziomie powiatu, należy uznać za rozwiązanie nierealne organizacyjnie i sprzeczne z zasadą racjonalnego ustawodawcy. W powiatach o dużej liczbie mieszkańców, a w szczególności w jednostkach, w których populacja osób starszych liczy kilkadziesiąt lub ponad sto tysięcy osób, skala potencjalnych potrzeb doradczych i informacyjnych znacząco przekracza możliwości jednego koordynatora. W takich warunkach indywidualne wsparcie doradcze, o którym mowa w</p>	<p>koordynatorem jest 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 z dnia 19 lipca 2019 r. 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. Kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, czyli koordynator do spraw opieki długoterminowej, będzie mógł zaplanować organizację pracy, uwzględnić lokalnych warunków kadrowych oraz właściwie rozłożyć zadania tak, aby funkcja koordynatora była realnie wykonalna przy pomocy aktualnych zasobów urzędu.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>art. 10 pkt 1, nie będzie mogło być realizowane w sposób rzeczywisty i dostępny, a jego zakres zostanie ograniczony do sporadycznych kontaktów lub działań o charakterze wyłącznie informacyjnym.</p> <p>Dodatkowo, obowiązki sprawozdawcze określone w art. 12, obejmujące szczegółowe raportowanie danych ilościowych i jakościowych, analizę potrzeb, ocenę dostępności usług oraz dokumentowanie współpracy międzyinstytucjonalnej, generują istotne obciążenie administracyjne. W praktyce prowadzi to do sytuacji, w której znaczna część czasu pracy koordynatora będzie poświęcona czynnościom formalnym, kosztem pracy bezpośredniej z osobami wymagającymi opieki i ich opiekunami. Taki model organizacyjny zwiększa ryzyko sprowadzenia funkcji koordynatora do roli sprawozdawczo-informacyjnej, pozbawionej realnego wpływu na poprawę dostępności i jakości opieki długoterminowej.</p> <p>W konsekwencji istnieje wysokie ryzyko, że przy braku odpowiednich norm zatrudnienia oraz zespołowego modelu realizacji zadań, regulacje zawarte w art. 10-13 będą miały charakter działań pozornych. Formalne spełnienie obowiązków ustawowych nie przełoży się na rzeczywistą poprawę sytuacji osób zależnych ani na realne wsparcie ich opiekunów nieformalnych. Taki stan rzeczy podważa efektywność</p>	

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					projektowanych rozwiązań oraz ich zgodność z deklarowanymi celami polityki senioralnej i rozwoju opieki długoterminowej. Z perspektywy skuteczności systemowej niezbędne jest powiązanie katalogu zadań koordynatora z adekwatnymi standardami kadrowymi, umożliwiającymi realizację tych zadań przez więcej niż jedną osobę w powiecie, proporcjonalnie do liczby mieszkańców w wieku senioralnym oraz skali potrzeb opiekuńczych. Dopiero takie rozwiązanie pozwoli na odejście od modelu formalno-sprawozdawczego na rzecz rzeczywistej koordynacji i wsparcia osób wymagających długoterminowej opieki oraz ich rodzin.	
73	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 11 projektu ustawy	Art. 11: koordynator publikuje na stronie internetowej informacje (m.in. o usługach, zasadach uzyskania, podmiotach, danych kontaktowych)	W art. 11 ust. 1 dodać pkt 7: „7) wykaz punktów kontaktowych ds. koordynacji opieki długoterminowej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, o których mowa w art. 14a.”	WB podkreśla problem braku informacji i potrzebę poprawy dostępu do informacji oraz kierowania ludzi do właściwych świadczeń (World Bank, 2025, s. 154). Publiczny wykaz punktów kontaktowych wspiera transparentność i skraca ścieżkę kontaktu (celowo bez zmiany kompetencji decyzyjnych).	Uwaga nieuwzględniona. Ustosunkowanie jest jak w uwadze lp. 90.
74	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdańsku	Art. 11. 4 projektu ustawy	4) zasady odpłatności za nie;		Wnioskuje o dodanie czy jest to podmiot publiczny czy prywatny oraz dodanie informacji gdzie należy zgłaszać skargi i wnioski dotyczące obsługi realizowanej w danym podmiocie	Uwaga nieuwzględniona. Art. 11 projektowanej ustawy określa minimalny, wspólny dla wszystkich usług zakres informacji, które koordynator udostępni mieszkańcom w celu poprawy przejrzystości opieki długoterminowej. Dodanie informacji o statusie publiczny/prywatny oraz o trybach składania skarg wykracza poza ten

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						podstawowy katalog i powielaloby przepisy sektorowe. W odniesieniu do opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia ustawa obejmuje zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne, o ile udzielają świadczeń gwarantowanych NFZ określonych w art. 3 pkt 1 projektu ustawy. W związku z tym doprecyzowanie statusu podmiotu w art. 11 nie jest wymagane regulacyjnie. Kwestie dotyczące skarg i wniosków są już szczegółowo uregulowane w odrębnych ustawach – w zależności od podmiotu skarga kierowana jest m.in. do kierownika podmiotu leczniczego, oddziału wojewódzkiego NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta lub samorządów zawodów medycznych. Powielanie tych regulacji w projektowanej ustawie byłoby niezasadne.
75	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 11 pkt 4	Art. 11. Koordynator udostępnia na stronie internetowej podmiotu, o którym mowa w art. 8 ust. 2, bieżące informacje o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej obejmujące: 4) zasady odpłatności za nie ;		Wnioskuje o dodanie czy jest to podmiot publiczny czy prywatny oraz dodanie informacji gdzie należy zgłaszać skargi i wnioski dotyczące obsługi realizowanej w danym podmiocie	Uwaga nieuwzględniona. Odniesienie się tożsame jak do uwagi lp. 74.
76	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	art. 12 projektu ustawy	Obowiązki sprawozdawcze koordynatora	Ograniczyć zakres sprawozdawczości lub zapewnić dodatkowe zasoby kadrowe i finansowe na jej realizację	Projekt wprowadza rozbudowaną sprawozdawczość bez zapewnienia dodatkowych zasobów. W praktyce może to sprowadzić funkcję koordynatora do roli administracyjnej, zamiast realnego wsparcia osób wymagających opieki.	Uwaga uwzględniona. W projekcie ustawy dokonano zmiany rozwiązania w tym zakresie wskazując, iż koordynatorem jest kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w przypadku miasta na prawach

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						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 z dnia 19 lipca 2019 r. 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. Kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, czyli koordynator do spraw opieki długoterminowej, będzie mógł zaplanować organizację pracy, uwzględnienie lokalnych warunków kadrowych oraz właściwe rozłożenie zadań tak, aby funkcja koordynatora była realnie wykonalna przy pomocy aktualnych zasobów urzędu.
77	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	Art. 12.1 projektu ustawy			W ustawie powinien być wskazany tryb oceniania pracy koordynatora przez klientów korzystających z systemu opieki długoterminowej.	Uwaga nieuwzględniona. Projektowana ustawa stanowi pierwszy etap reformy opieki długoterminowej i jej celem jest stworzenie podstawowych ram współpracy oraz mechanizmów wymiany informacji pomiędzy podmiotami systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Konieczność wprowadzenia takiego rozwiązania może zostać poddana analizom podczas planowanego przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
76	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 12 ust. 1 projektu ustawy	Art. 12. 1. Koordynator sporządza coroczne sprawozdanie ze zrealizowanych zadań za rok poprzedni i przekazuje je radzie powiatu w celu wydania opinii, w terminie do dnia 1 lutego .		W ustawie powinien być wskazany tryb oceniania pracy koordynatora przez klientów korzystających z systemu opieki długoterminowej	Uwaga tożsama z uwagą lp. 77.
78	„Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	Art. 12 ust. 6 pkt 5 projektu ustawy	5) zrealizowanych działaniach informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, w tym o: a) liczbie mieszkańców odpowiednio powiatu i województwa, w tym osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz ich opiekunów nieformalnych lub osób bliskich, którym została przekazana informacja o tych usługach i świadczeniach, b) liczbie i formie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej przekazanych mieszkańcom odpowiednio powiatu i województwa,	5) zrealizowanych działaniach informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, w tym o: a) liczbie mieszkańców odpowiednio powiatu i województwa, w tym osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz ich opiekunów nieformalnych lub osób bliskich, którym została przekazana informacja o tych usługach i świadczeniach, b) liczbie i formie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej przekazanych mieszkańcom odpowiednio powiatu i województwa, c) liczbie placówek realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej;	Dla pełnego obrazu działań informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej na terenie danego powiatu uważamy za niezbędne przedstawienie co roku liczby i rodzaju placówek (w tym aptek, punktów aptecznych i sklepów medycznych), które powinny realizować usługi i świadczenia zgodne z ujednoliconą definicją opieki długoterminowej.	Uwaga uwzględniona.
79	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	Art. 12.6.5a projektu ustawy	liczbie mieszkańców odpowiednio powiatu i województwa, w tym osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz ich opiekunów nieformalnych lub osób bliskich, którym		I w jakiej formie ta informacja została przekazana (wskazanie formy kontaktu: formularz kontaktowy, odpowiedź na zapytanie, kontakt osobisty, inne...)	Uwaga nieuwzględniona. Zakres sprawozdawczości określony w art. 6 ust. 5 pkt 5 dotyczy zakresu i skali działań informacyjnych, w szczególności liczby mieszkańców, którym przekazano informacje o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej. Rozszerzenie go

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			została przekazana informacja o tych usługach i świadczeniach,			o obowiązek raportowania szczegółowej formy kontaktu (np. formularz, odpowiedź na zapytanie, kontakt osobisty) nie jest zasadne, ponieważ prowadziłyby do nadmiernego uszczegółowienia sprawozdań oraz zwiększenia obciążeń administracyjnych.
80	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 12 ust. 6 pkt 5 lit. a	6. W sprawozdaniach, o których mowa odpowiednio w ust. 1 i 5, są przekazywane informacje dotyczące: 5) zrealizowanych działaniach informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, w tym o: a) liczbie mieszkańców odpowiednio powiatu i województwa, w tym osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz ich opiekunów nieformalnych lub osób bliskich, którym została przekazana informacja o tych usługach i świadczeniach,		I w jakiej formie ta informacja została przekazana (wskazanie formy kontaktu: formularz kontaktowy, odpowiedź na zapytanie, kontakt osobisty, inne...)	Uwaga tożsama z uwagą lp. 79.
81	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdańsku	Art. 12.6.5b projektu ustawy	6. W sprawozdaniach, o których mowa odpowiednio w ust. 1 i 5, są przekazywane informacje dotyczące: 5) zrealizowanych działaniach informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, w tym o: b) liczbie i formie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej	Dodanie: oraz o czasie potrzebnym od podjęcia informacji o potrzebie koordynacji do jej zrealizowania.	Koordinator nie może mieć nieograniczonego czasu na działanie koordynacyjne. Dodatkowe odniesienie powinno się znaleźć w Wytycznych w zakresie opracowania sprawozdań.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane uzupełnienie zakresu sprawozdań o „czas potrzebny od podjęcia informacji o potrzebie koordynacji do jej zrealizowania” nie zostało uwzględnione. Projekt ustawy nie przewiduje sztywnego mierzenia czasów realizacji czynności koordynacyjnych, ponieważ szybkość wykonania działań zależy od wielu czynników zewnętrznych,

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			przekazanych mieszkańcom odpowiednio powiatu i województwa;			w tym od współpracy podmiotów uczestniczących w procesie oraz charakteru indywidualnych spraw. Wprowadzenie takiego obowiązku na poziomie ustawowym mogłoby prowadzić do raportowania danych nieporównywalnych między powiatami.
82	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 12 ust. 6 pkt 5 lit. b	6. W sprawozdaniach, o których mowa odpowiednio w ust. 1 i 5, są przekazywane informacje dotyczące: 5) zrealizowanych działaniach informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej, w tym o: b) liczbie i formie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej przekazanych mieszkańcom odpowiednio powiatu i województwa;		Dodanie: oraz o czasie potrzebnym od podjęcia informacji o potrzebie koordynacji do jej zrealizowania. Koordynator nie może mieć nieograniczonego czasu na działania koordynacyjne. Dodatkowe odniesienie powinno się znaleźć w Wytycznych w zakresie opracowania sprawozdań.	Uwaga tożsama z uwagą lp. 81.
83	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 12 (sprawozdania): obejmuje m.in. informacje o barierach dostępności i jakości na terenie powiatu		W art. 12 ust. 1 pkt 6 doprecyzować (lub dodać pkt 10): „... w tym w szczególności w zakresie barier koordynacji między systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz barier w przejściach pomiędzy miejscami i formami opieki (w tym przejścia szpital-dom).”	ESPAN akcentuje problem przejść między usługami i sektorami oraz brak koordynacji jako źródło opóźnień (ESPAN, 2025, s. 65). Doprecyzowanie ukierunkowuje monitoring na „wąskie gardła” koordynacyjne, które WB i ESPAN uznają za krytyczne.	Uwaga nieuwzględniona. Zakres informacji przekazywanych w sprawozdaniach, już obejmuje elementy dotyczące współpracy i wymiany informacji pomiędzy podmiotami, w zakresie rozpoznawania potrzeb osób wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej. W szczególności przepis zobowiązuje koordynatora do wskazywania zakresu i wymiaru współpracy, w tym liczby przekazanych informacji oraz podmiotów uczestniczących w wymianie informacji. Oznacza to, że informacje o funkcjonowaniu mechanizmu przekazywania danych, w tym o identyfikowanych barierach w tym procesie, są już elementem

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						obowiązkowego sprawozdania. Nie ma potrzeby doprecyzowywania przepisu, ponieważ obecny katalog sprawozdawczy w pełni umożliwi ujęcie „wąskich gardeł” koordynacyjnych – zarówno tych dotyczących współpracy, jak i przejść między miejscami opieki. Projekt ustawy stanowi pierwszy etap reformy, przewidziana jest ewaluacja funkcjonowania przepisów po 36 miesiącach. Pozwoli to na ocenę, czy konieczne jest dalsze doprecyzowanie w tym obszarze.
84	Fundacja Jesteśmy Ważni	Art. 12 projektu ustawy	Art. 12. 6. W sprawozdaniach, o których mowa odpowiednio w ust. 1 i 5, są przekazywane informacje dotyczące: (...)	Proponuje się zmianę art. 12 ust. 6 poprzez dodanie pkt 10 w brzmieniu: 10) danych dotyczących dzieci z niepełnosprawnościami oraz dorosłych osób z niepełnosprawnościami korzystających z usług i świadczeń opieki długoterminowej, w tym liczby tych osób oraz liczby opiekunów długoterminowych, o których mowa w art. 2 pkt 4a, objętych wsparciem w danym roku.	Brak wyodrębnienia w sprawozdawczości danych dotyczących dzieci oraz dorosłych osób z niepełnosprawnościami powoduje, że potrzeby tej grupy pozostają niewidoczne w analizach i raportach stanowiących podstawę planowania polityk publicznych. Uzupełnienie katalogu danych przekazywanych w sprawozdaniach umożliwi rzetelne monitorowanie skali i specyfiki opieki długoterminowej sprawowanej nad osobami z niepełnosprawnościami oraz pozwoli na lepsze dostosowanie działań systemowych do rzeczywistych potrzeb rodzin.	Uwaga nieuwzględniona. Ustosunkowanie się tożsame jak do uwagi lp. 2
85	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 13 projektu ustawy	Art. 13: współpraca koordynatorów w województwie; wojewoda zapewnia współpracę i organizuje spotkania min. 2 razy w roku	W art. 13 dodać ust. 4-5: „4. Wojewoda, we współpracy z koordynatorami, organizuje wojewódzkie forum koordynacji opieki długoterminowej, służące uzgadnianiu praktyk współpracy, identyfikacji barier oraz upowszechnianiu dobrych praktyk. 5. Wojewoda sporządza	ESPAN wskazuje potrzebę mechanizmów koordynacji między poziomami i sektorami oraz planowania i integrowania ścieżek opieki (ESPAN, 2025, s. 110). WB podkreśla rolę koordynatorów w komunikowaniu deficytów do wyższych poziomów governance (World Bank, 2025, s. 154).	Uwaga nieuwzględniona. Art. 13 projektu ustawy już zapewnia mechanizm współpracy koordynatorów na poziomie województwa poprzez obowiązek organizowania przez wojewodę spotkań co najmniej dwa razy w roku. Celem przepisu jest stworzenie ram do wymiany informacji i dobrych

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				corocznie syntetyczną analizę zidentyfikowanych barier, w tym barier w przejściach pomiędzy miejscami opieki, i przekazuje ją organowi właściwemu do spraw polityki senioralnej wraz ze sprawozdaniem, o którym mowa w art. 12 ust. 5.”		<p>praktyk bez nadmiernej kazuistyki i bez wprowadzania dodatkowych obowiązków o charakterze sprawozdawczym.</p> <p>Proponowane dodanie obowiązku tworzenia formalnego „wojewódzkiego forum” oraz odrębnej, syntetycznej analizy barier prowadziłoby w części również do powielenia istniejących mechanizmów. Informacje o barierach, trudnościach i potrzebach w systemie opieki długoterminowej są już zbierane w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> -sprawozdań koordynatorów przekazywanych wojewodzie na podstawie art. 12, -zbiorczego sprawozdania wojewody, które jest przekazywane organowi właściwemu do spraw polityki senioralnej. <p>Projekt ustawy stanowi pierwszy etap reformy, przewidziana jest ewaluacja funkcjonowania przepisów po 36 miesiącach. Pozwoli to na ocenę, czy konieczne jest dalsze doprecyzowanie mechanizmów współpracy na poziomie województwa, w tym ewentualne formalizowanie struktur typu forum. Obecny zakres regulacji zapewnia wystarczające ramy do identyfikacji barier oraz komunikowania ich na poziomie centralny, bez ryzyka powielania zadań oraz bez dodatkowego obciążenia administracyjnego.</p>
86	Fundacja Hospicyjna	Art. 13 pkt.3	brak	Wojewoda prowadzi rejestr podmiotów i placówek	Obecnie podmioty i placówki realizujące opiekę wytchnieniową w placówkach	Uwaga nieuwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
		projektu ustawy		realizujących usługi i świadczenia wchodzące w skład opieki długoterminowej wymienione w art.3	zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (zgodnie z programem MRiPS „Opieka Wytchnieniowa” na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848, z późn. zm.) nie są ujęte w żadnych rejestrach Wojewody.	Projekt ustawy nie wprowadza zmian w obowiązujących rozwiązaniach dotyczących opieki wytchnieniowej, która jest realizowana na podstawie ustawy o Funduszu Solidarnościowym oraz programów resortowych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Opieka wytchnieniowa pozostaje odrębnym instrumentem wsparcia, finansowanym i organizowanym w oparciu o te akty prawne, z jasno określonymi zasadami dostępu, trybem realizacji oraz grupą beneficjentów. Projekt ustawy nie ingeruje w dotychczasowy sposób jej organizacji ani finansowania. Kwestia braku ujęcia podmiotów realizujących opiekę wytchnieniową w rejestrach wojewodów wynika z obowiązującego stanu prawnego, w którym opieka wytchnieniowa nie jest usługą pomocy społecznej, lecz elementem programu. Projektowana ustawa nie rozszerza katalogu jednostek ujmowanych w rejestrach prowadzonych przez wojewodów i nie przewiduje zmian w zakresie kwalifikacji podmiotów do tych rejestrów. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej.
87	„Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	Art. 13 ust. 2 projektu ustawy	2. Wojewoda zapewnia współpracę koordynatorów w województwie w zakresie, o którym mowa w pkt 1 organizując co najmniej raz na	2. Wojewoda zapewnia współpracę koordynatorów w województwie w zakresie, o którym mowa w pkt 1 organizując co najmniej raz na pół roku	Uważamy za pożądane zobligowanie wojewody do zorganizowania co najmniej raz w roku spotkania koordynatorów z przedstawicielami organizacji pozarządowych działających	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane doprecyzowanie przepisu, aby zobowiązać wojewodę do organizowania co najmniej raz w roku

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			pół roku spotkania koordynatorów.	spotkania koordynatorów, a co najmniej raz na rok spotkania koordynatorów z udziałem organizacji pozarządowych.	na terenie województwa. Umożliwi to szerszy i bardziej obiektywny ogląd sytuacji związanej z realizacją przedmiotowej ustawy, przy okazji dając wojewodzie możliwość zapoznania się z oddolną oceną rezultatów działań poszczególnych powiatów.	spotkań koordynatorów z udziałem organizacji pozarządowych, wykracza poza zakres projektowanej regulacji, która ma charakter ramowy i pozostawia wojewodzie elastyczność w sposobie organizowania współpracy na poziomie województwa. Projektowana ustawa nie tworzy dodatkowych formalnych mechanizmów udziału NGO w zakresie opieki długoterminowej na poziomie wojewódzkim. Jednocześnie należy podkreślić, że rola organizacji pozarządowych w systemie opieki długoterminowej jest dostrzegana, a projekt ustawy w żaden sposób nie ogranicza ich udziału w dialogu i współtworzeniu rozwiązań. Wojewoda może angażować NGO w pracę systemu w dowolnej formule, jeżeli wynika to z potrzeb lokalnej praktyki. Zgłaszana propozycja może stanowić cenny kierunek działań na poziomie praktyki lokalnej współpracy oraz rozwoju dobrych praktyk wspierających funkcjonowanie systemu.
88	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 13 ust. 2 projektu ustawy	2. Wojewoda zapewnia współpracę koordynatorów w województwie w zakresie, o którym mowa w pkt 1 organizując co najmniej raz na pół roku spotkania koordynatorów .		Raz na pół roku to stanowczo za mało biorąc pod uwagę, że to nowa usługa międzyresortowa. Wniosek o minimum raz na 3 miesiące.	Uwaga nieuwzględniona. Częstotliwość spotkań określona w projekcie („co najmniej raz na pół roku”) jest spójna z charakterem zadań koordynatora oraz zakresem kompetencji wojewody. Przepis ma charakter ramowy, a nie limitujący – oznacza minimalną częstotliwość, natomiast wojewoda może organizować spotkania częściej, w tym również kwartalnie lub częściej, jeżeli wynika to z potrzeb praktyki.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						Zwiększenie minimalnej częstotliwości ustawowej nie jest konieczne.
					Jak zapewnia wojewoda współpracę? Jak dokładnie technicznie wygląda proces wymiany dobrych praktyk ale i identyfikacja problemów i zgłaszanie nadużyć?	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Sposób, w jaki wojewoda „zapewnia współpracę”, nie wymaga doprecyzowania w ustawie – jest to kompetencja organizacyjna wykonywana przy użyciu dostępnych narzędzi administracyjnych. Współpraca ta obejmuje m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizowanie spotkań koordynatorów (stacjonarnych lub zdalnych), - umożliwianie wymiany informacji i dobrych praktyk, - identyfikację problemów zgłaszanych przez koordynatorów, - przekazywanie istotnych kwestii do właściwych resortów lub organów nadzoru, - koordynowanie działań w sytuacjach wymagających współpracy między powiatami. <p>Szczegółowy, techniczny sposób organizacji współpracy (np. forma wymiany informacji, sposób zgłaszania problemów czy prowadzenia konsultacji) nie jest materialem ustawowym i pozostaje w gestii wojewody, zgodnie z zasadą elastyczności organizacyjnej administracji.</p>
89	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością	Art. 13.2 projektu ustawy	2. Wojewoda zapewnia współpracę koordynatorów w województwie w zakresie, o którym mowa w pkt 1	Wojewoda zapewnia współpracę koordynatorów w województwie w zakresie, o którym mowa w pkt 1 organizując co najmniej raz	Raz na pół roku to stanowczo za mało biorąc pod uwagę, że to nowa usługa międzyresortowa. Wniosek o minimum raz na 3 miesiące.	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Częstotliwość spotkań określona w projekcie („co najmniej raz na pół roku”)</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
	Intelektualną Kółko w Gdańsku		organizując co najmniej raz na pół roku spotkania koordynatorów.	na kwartał spotkania koordynatorów.	Jak zapewnia wojewoda współpracę? Jak dokładnie technicznie wygląda proces wymiany dobrych praktyk ale i identyfikacja problemów i zgłaszanie nadużyć?	<p>jest spójna z charakterem zadań koordynatora oraz zakresem kompetencji wojewody. Przepis ma charakter ramowy, a nie limitujący – oznacza minimalną częstotliwość, natomiast wojewoda może organizować spotkania częściej, w tym również kwartalnie lub częściej, jeżeli wynika to z potrzeb praktyki. Zwiększenie minimalnej częstotliwości ustawowej nie jest konieczne. Sposób, w jaki wojewoda „zapewnia współpracę”, nie wymaga doprecyzowania w ustawie – jest to kompetencja organizacyjna wykonywana przy użyciu dostępnych narzędzi administracyjnych. Współpraca ta obejmuje m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizowanie spotkań koordynatorów (stacjonarnych lub zdalnych), - umożliwianie wymiany informacji i dobrych praktyk, - identyfikację problemów zgłaszanych przez koordynatorów, - przekazywanie istotnych kwestii do właściwych resortów lub organów nadzoru, - koordynowanie działań w sytuacjach wymagających współpracy między powiatami. <p>Szczegółowy, techniczny sposób organizacji współpracy (np. forma wymiany informacji, sposób zgłaszania problemów czy prowadzenia konsultacji) nie jest materia ustawową i pozostaje w gestii wojewody, zgodnie z zasadą</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						elastyczności organizacyjnej administracji.
90	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 14 projektu ustawy	Art. 14: ogólny obowiązek współpracy między podmiotami leczniczymi a jednostkami pomocy społecznej w rozpoznaniu potrzeb	Dodać art. 14a: „Art. 14a. 1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz jednostki organizacyjne pomocy społecznej, uczestniczące w realizacji opieki długoterminowej, wyznaczają punkt kontaktowy ds. koordynacji opieki długoterminowej odpowiedzialny za bieżącą współpracę w zakresie, o którym mowa w art. 14–19. 2. Informację o wyznaczeniu punktu kontaktowego oraz dane kontaktowe przekazuje się koordynatorowi oraz zamieszcza na stronach internetowych, o których mowa w art. 11.”	WB rekomenduje, aby tam gdzie nie ma koordynatora POZ, wyznaczać punkty kontaktowe dla koordynacji LTC i tworzyć kanał komunikacji między zdrowiem i pomocą społeczną (World Bank, 2025, s. 154). Bez punktów kontaktowych współpraca może pozostać incydentalna i zależna od relacji osobistych.	Uwaga nieuwzględniona. Propozycja dodania art. 14a wykracza poza zakres regulacji projektowanej ustawy. Ustawa określa ramy współpracy oraz wymiany informacji (art. 14–19), natomiast nie wydaje się zasadne wprowadzanie ustawowego obowiązku tworzenia dodatkowych punktów kontaktowych. Kanały komunikacji pomiędzy podmiotami powinny być możliwie zautomatyzowane i organizowane wewnątrz, bez konieczności tworzenia nowych, odrębnych ról osobowych – są to kwestie organizacyjne, które nie wymagają regulowania na poziomie ustawy. Należy również zauważyć, że uwaga pociągałaby za sobą daleko idące zmiany w konstrukcji projektu, w szczególności w zakresie koordynacji na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), której niniejsza ustawa nie obejmuje. Projekt przewiduje już funkcję koordynatora do spraw opieki długoterminowej jako centralnego punktu kontaktowego w powiecie. Wniosek o tworzenie punktów kontaktowych może stanowić materiał do dalszych analiz w kolejnych etapach reformy, jednak na tym etapie ustawa ogranicza się do ustanowienia podstawowych ram koordynacji, których

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						rozwińnięcie nastąpi po wdrożeniu monitoringu i przeglądzie ustawy.
90	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	Art. 14 projektu ustawy	<p>Art. 14. Podmioty wykonujące działalność leczniczą i jednostki organizacyjne pomocy społecznej współpracują w zakresie rozpoznawania potrzeb osób wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej.</p> <p>Art. 15. 1. Współpraca, o której mowa w art. 14, polega na przekazywaniu informacji o osobie, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że może wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej.</p> <p>2. Informacja, o której mowa w ust. 1, zawiera następujące dane dotyczące osoby, o której mowa w ust. 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) imię i nazwisko; 2) adres miejsca zamieszkania, a w przypadku osób nieposiadających miejsca zamieszkania – adres miejsca pobytu; 3) numer PESEL, a w przypadku gdy nie nadano numeru PESEL – numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość; 4) dane kontaktowe: numer telefonu, adres 		<p>Projektowane przepisy art. 14-15 wprowadzają obowiązek współpracy pomiędzy podmiotami wykonującymi działalność leczniczą a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej w zakresie identyfikacji osób potencjalnie wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej. Rozwiązanie to co do zasady należy ocenić pozytywnie, gdyż umożliwia wcześniejsze rozpoznanie potrzeb opiekuńczych oraz podejmowanie działań prewencyjnych, ograniczających ryzyko pogorszenia stanu zdrowia i funkcjonowania osób niesamodzielnych. Jednocześnie jednak regulacja ta rodzi istotne wątpliwości co do realnych możliwości jej wykonania na poziomie powiatowym. W powiatach o dużej liczbie mieszkańców, w szczególności w jednostkach charakteryzujących się wysokim odsetkiem osób w wieku senioralnym, obowiązek przekazywania informacji, o którym mowa w art. 15 ust. 1, może generować kilkadziesiąt, a potencjalnie nawet kilkaset zgłoszeń miesięcznie. Każde takie zgłoszenie wymaga nie tylko formalnego przyjęcia informacji, lecz także jej weryfikacji, analizy oraz podjęcia dalszych działań koordynacyjnych. Przy braku odpowiednich norm zatrudnienia oraz wsparcia organizacyjnego istnieje realne ryzyko przeciążenia koordynatora, co w praktyce może prowadzić do opóźnień</p>	<p>rozwińnięcie nastąpi po wdrożeniu monitoringu i przeglądzie ustawy.</p> <p>Uwaga częściowo uwzględniona.</p> <p>Procedurę wymiany informacji uzupełniono o obowiązek wskazania uzasadnienia, w przypadku gdy podmiot otrzymujący informację uzna swoją niewłaściwość albo brak podstaw do podjęcia działań.</p> <p>Projektowane przepisy art. 14–15 mają charakter ramowy i ustanawiają podstawowy mechanizm wymiany informacji pomiędzy podmiotami wykonującymi działalność leczniczą a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Na tym etapie reforma koncentruje się na stworzeniu fundamentu współpracy, natomiast szczegółowe procedury organizacyjne, normy zatrudnienia czy mechanizmy nadzorcze powinny zostać uregulowana poza materią ustawową i być rozwijane w dalszych etapach.</p> <p>Działania związane z identyfikacją potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej nie powinny być co do zasady prowadzone przez koordynatora, lecz przez poszczególne podmioty systemu ochrony zdrowia oraz jednostki pomocy społecznej, zgodnie z ich ustawowymi kompetencjami. Rola koordynatora ogranicza się do nadzorowania przepływu informacji oraz usprawniania współpracy</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>korespondencyjny oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada; w przypadku osoby korzystającej ze wsparcia opiekuna nieformalnego – dane kontaktowe do tego opiekuna;</p> <p>5) informacje uzasadniające potrzebę weryfikacji konieczności zapewnienia usług lub świadczeń opieki długoterminowej;</p> <p>6) informacje o stanie zdrowia – za zgodą osoby, której te informacje dotyczą.</p> <p>2. O przekazaniu informacji, o której mowa w ust. 1, każdorazowo powiadamia się koordynatora.</p>		<p>w reakcji systemu lub ograniczenia zakresu podejmowanych działań. Dodatkową wątpliwość budzi kwestia egzekwowalności obowiązku zgłaszania informacji przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Projektowane przepisy nie precyzują mechanizmów nadzoru, sankcji ani zachęt organizacyjnych, które zapewniłyby systematyczne i rzetelne przekazywanie informacji. W szczególności brak jest jednoznacznego wskazania, który organ odpowiada za monitorowanie realizacji tego obowiązku oraz jakie konsekwencje wiążą się z jego niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem. W praktyce może to prowadzić do sytuacji, w której obowiązek współpracy pozostanie normą o charakterze deklaracyjnym, zależną od dobrej woli i świadomości poszczególnych podmiotów leczniczych. Należy również zwrócić uwagę, że przekazywanie informacji obejmujących dane osobowe i informacje o stanie zdrowia, nawet za zgodą osoby zainteresowanej, wymaga jasno określonych procedur organizacyjnych oraz standardów postępowania, w tym wyznaczenia odpowiedzialnych osób po stronie podmiotów leczniczych. Brak takich regulacji zwiększa ryzyko niejednolitej praktyki, ograniczonego stosowania przepisów lub całkowitego zaniechania przekazywania informacji w obawie przed naruszeniem przepisów o ochronie danych osobowych.</p>	<p>międzysektorowej, a nie przejmowania zadań operacyjnych tych instytucji. Ustawa zakłada stworzenie rozwiązań informatycznych, które umożliwią automatyzację i usprawnienie komunikacji między systemem ochrony zdrowia a systemem pomocy społecznej, tak aby przekazywanie informacji o osobach wymagających weryfikacji potrzeb odbywało się w sposób uporządkowany i odciążający poszczególne podmioty. Dodatkowo w projekcie ustawy dokonano zmiany rozwiązania w tym zakresie wskazując, iż koordynatorem jest 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 z dnia 19 lipca 2019 r. 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. Kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, czyli koordynator do spraw opieki długoterminowej, będzie mógł zaplanować organizację pracy, uwzględnienie lokalnych warunków kadrowych oraz właściwe rozłożenie zadań tak, aby funkcja koordynatora była realnie wykonalna przy pomocy aktualnych zasobów urzędu. Projekt nie</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					W konsekwencji, aby przepisy art. 14-15 mogły być skutecznie realizowane, niezbędne jest ich uzupełnienie o rozwiązania zapewniające realną wykonalność obowiązku współpracy. Dotyczy to w szczególności określenia jasnych zasad monitorowania liczby i jakości zgłoszeń, wskazania organu odpowiedzialnego za nadzór nad realizacją obowiązku przez podmioty lecznicze oraz powiązania skali zgłoszeń z odpowiednim potencjałem kadrowym po stronie koordynatorów. Bez takich rozwiązań istnieje wysokie ryzyko, że mechanizm wczesnej identyfikacji osób wymagających opieki długoterminowej będzie miał charakter fragmentaryczny i nie przełoży się na rzeczywistą poprawę dostępności wsparcia.	ingeruje w strukturę zatrudnienia ani wewnętrzne procedury podmiotów leczniczych i jednostek pomocy społecznej. Sposób przyjmowania i obsługi zgłoszeń powinien być dostosowany do lokalnych warunków i możliwości organizacyjnych. Przepisy w obecnym brzmieniu stanowią pierwszy etap reformy i pozwalają na wdrożenie mechanizmu wczesnej identyfikacji potrzeb. Dalsze uszczegółowienie zasad współpracy oraz określenie odpowiedzialności za jej realizację będzie możliwe po uzyskaniu wyników monitoringu i dokonaniu przeglądu ustawy.
91	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Podkarpacki	Art. 14 projektu ustawy	Ogólna współpraca instytucjonalna	Dodaje się: „w szczególności DPS, w tym DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych”.	DPS psychiatryczne realizują opiekę wysokospecjalistyczną i wymagają pełnego włączenia w system koordynacji.	Uwaga nieuwzględniona. Współpraca dotyczy wszystkich jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, w tym wskazanych w uwadze domów pomocy społecznej, zatem nie ma uzasadnienia do zmiany.
92	Osoba fizyczna	Art. 14 projektu ustawy	Art. 14. Podmioty wykonujące działalność leczniczą i jednostki organizacyjne pomocy społecznej współpracują w zakresie rozpoznawania potrzeb osób wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej.	Nowy artykuł po art. 14 – procedura współpracy przy wypisie ze szpitala Art. 14a (nowy) 1. W przypadku osoby opuszczającej szpital, co do której istnieje uzasadnione przypuszczenie, że po zakończeniu hospitalizacji będzie ona wymagała usług	W aktualnym projekcie istnieje mechanizm przekazywania informacji między podmiotami (art. 14–19), istnieje koordynator na poziomie powiatu (art. 8–10), ale nie ma procedury dedykowanej sytuacji wypisu ze szpitala osoby niesamodzielnej, która utraciła sprawność, wymaga szybkiej opieki środowiskowej i/lub rehabilitacyjnej. Bez tej opieki jest zagrożona rehospitalizacją lub	Uwaga nieuwzględniona. Projektowana ustawa nie zmienia dotychczasowego systemu kwalifikowania do usług i świadczeń oraz zasad udzielania pomocy określonych w ustawach sektorowych. Zapisy art. 14–19 mają na celu usprawnienie i przyspieszenie obiegu informacji między podmiotami leczniczymi a jednostkami pomocy społecznej, nie zaś tworzenie

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
		Art. 15 ust. 2 projektu ustawy	2. Informacja, o której mowa w ust. 1, zawiera następujące dane dotyczące osoby, o której mowa w ust. 1:	<p>lub świadczeń opieki długoterminowej w celu utrzymania, odzyskania lub poprawy sprawności i samodzielności, szpital przekazuje informację, o której mowa w art. 15, do właściwej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej oraz powiadamia koordynatora do spraw opieki długoterminowej.</p> <p>2. Przekazanie informacji, o którym mowa w ust. 1, następuje przed planowanym wypisem, nie później niż 48 godzin przed jego realizacją, o ile stan zdrowia osoby na to pozwala.</p> <p>3. Celem przekazania informacji jest zapewnienie ciągłości opieki oraz skoordynowanego dostępu do istniejących usług i świadczeń opieki długoterminowej po opuszczeniu szpitala.</p> <p>Art. 15 ust. 2 pkt 7 (nowy – propozycja) „informacje o przewidywanych potrzebach osoby po zakończeniu hospitalizacji, w</p>	<p>instytucjonalizacją. Efekt: współpraca odbywa się reaktywnie, a nie planowo. Zgodnie z uzasadnieniem projektu: ustawa nie tworzy nowych świadczeń, jej celem jest koordynacja, informowanie i eliminacja silosowości. Dlatego proponowane zmiany: nie ingerują w koszyki świadczeń NFZ ani w zadania OPS, tworzą ścieżkę koordynacyjną „wypis–ciągłość opieki”, opierają się na istniejących usługach: POZ, rehabilitacja, usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, DPS/ZOL (jako ostateczność).</p> <p>Jest to sygnał funkcjonalny, kluczowy dla szybkiej reakcji OPS i koordynatora.</p>	<p>dodatkowych procedur ani nowych etapów postępowania.</p> <p>W przypadku wypisu ze szpitala osoby niesamodzielnej, o której mowa w uwadze, zastosowanie znajduje już przewidziana w projekcie procedura z art. 16 ust. 1 pkt 1 – szpital (podmiot leczniczy) jest zobowiązany do przekazania informacji o pacjencie właściwej jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, jeżeli zachodzi podejrzenie konieczności objęcia go usługami lub świadczeniami opieki długoterminowej. Informacja ta wszczyna dalsze czynności jednostki i umożliwia szybkie rozpoznanie potrzeb.</p> <p>Dodatkowe procedury dedykowane wypisowi szpitalnemu nie są konieczne, ponieważ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ustawa wprowadza już mechanizm „szybkiej wymiany informacji”, który pełni funkcję sygnału inicjującego działania, - koordynator nie jest przypisywany do pacjenta ani nie prowadzi indywidualnej sprawy, lecz kieruje osobę i jej bliskich w istniejących systemach, - ewentualne potrzeby zdrowotne po wypisie są zabezpieczane w ramach obowiązujących przepisów – pacjent otrzymuje zalecenia, skierowania lub jest kierowany do odpowiednich form opieki medycznej. <p>Wprowadzenie dodatkowego artykułu 14a oraz rozszerzenia katalogu danych w art. 15 ust. 2 pkt 7 wykracza poza zakres regulacji ustawy, której celem jest</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				szczegółności w zakresie opieki środowiskowej, rehabilitacji oraz wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.”		koordynacja i usprawnienie współpracy, a nie tworzenie nowych procedur „okołowypisowych”.
93	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	art. 14-15 projektu ustawy	Jednostki pomocy społecznej oraz DPS-y mają zgłaszać osoby wymagające wsparcia bez określonych procedur i zasobów.	Doprecyzować procedury zgłoszeniowe oraz zapewnić dodatkowe etaty w OPS i DPS.	Duża liczba zgłoszeń w powiatach nie może zostać obsłużona bez zwiększenia zasobów kadrowych; przepis w obecnej formie będzie niewykonalny.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie zmienia istniejącego systemu kwalifikowania i udzielania wsparcia wynikającego z ustaw sektorowych, a jedynie porządkuje i usprawnia współpracę pomiędzy podmiotami ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Zgłaszanie informacji, o którym mowa w art. 14-15, nie stanowi nowej procedury ocennej ani nie nakłada na OPS czy DPS obowiązku prowadzenia dodatkowych postępowań, lecz polega wyłącznie na przekazaniu podstawowej informacji, gdy istnieje prawdopodobieństwo, że osoba może wymagać usług opieki długoterminowej. Zakres tych informacji jest minimalny i ograniczony do danych, które jednostki pomocy społecznej oraz DPS-y już posiadają w ramach swojej bieżącej działalności. Ustawa nie tworzy nowych obowiązków decyzyjnych, nie zmienia trybu kierowania do usług, ani nie rozszerza zadań, które wymagałyby dodatkowych etatów. W efekcie zgłaszana obawa dotycząca niewykonalności przepisu z uwagi na brak zasobów kadrowych nie znajduje potwierdzenia w projektowanych regulacjach, ponieważ ustawa nie nakłada na DPS-y ani OPS-y nowych procedur, lecz jedynie porządkuje i ujednolica obieg

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						informacji, nie zmieniając zasad udzielania wsparcia obowiązujących w ustawach sektorowych.
94	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	art. 14-19 projektu ustawy	Na DPS-y nakłada się kolejne obowiązki informacyjne i sprawozdawcze bez dodatkowych środków finansowych.	Wprowadzić finansowanie zadaniowe na realizację nowych obowiązków wynikających z ustawy.	DPS-y działają na granicy wydolności finansowej; nowe obowiązki bez dodatkowych środków będą niewykonalne lub przełożą się na pogorszenie jakości opieki.	Uwaga nieuwzględniona. Projektowane przepisy art. 14-19 nakładają zasadniczo nowe obowiązki informacyjne na ośrodki pomocy społecznej, a w znacznie mniejszym zakresie na domy pomocy społecznej. Zakres obowiązków DPS-ów ogranicza się do przekazywania podstawowych informacji, którymi jednostki te już dysponują w ramach swojej bieżącej działalności. Ustawa nie wprowadza nowych, odrębnych obowiązków sprawozdawczych ani dodatkowych formularzy dla DPS-ów, a jedynie porządkuje i ujednolica istniejące mechanizmy współpracy pomiędzy podmiotami pomocy społecznej i ochrony zdrowia. W związku z tym projekt nie generuje nowych kosztów po stronie DPS-ów, które wymagałyby wprowadzenia dodatkowego finansowania zadaniowego.
95	Caritas Polska	Art. 15 projektu ustawy	Projekt uzależnia przekazywanie informacji o stanie zdrowia od zgody osoby, której dane dotyczą, bez wskazania trybu postępowania w przypadku osób, które nie są w stanie wyrazić zgody samodzielnie (np. osoby ubezwłasnowolnione, z	Należy uzupełnić przepis o zapis, że w przypadkach, w których osoba nie jest w stanie wyrazić zgody, przekazywanie informacji odbywa się zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego oraz innymi właściwymi ustawami, w szczególności ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw	Pozwala to jednoznacznie stosować obowiązujące regulacje bez ich powielania, eliminuje lukę interpretacyjną w nowym mechanizmie wymiany informacji oraz zapewnia bezpieczeństwo prawne podmiotom realizującym opiekę długoterminową i personelowi.	Uwaga uwzględniona. Zrezygnowano od przesłanki wyrażenia zgody.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			zaburzeniami poznawczymi, w stanie uniemożliwiającym świadome wyrażenie woli).	Pacjenta oraz ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.		
96	Caritas Polska	Art. 15 ust. 1 projektu ustawy	Współpraca, o której mowa w art. 14, polega na przekazywaniu informacji o osobie, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że może wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej.	Należy doprecyzować w jaki sposób informacja ma zostać przekazywana pomiędzy podmiotami / instytucjami.	Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzą dokumentację w wersji elektronicznej, a formy wymiany informacji pomiędzy podmiotami odbywa się poprzez systemy informatyczne. Wszelkie nowe obowiązki raportowe i przesyłania danych dla podmiotów leczniczych wymagają zapewnienia interoperacyjnych narzędzi informatycznych oraz finansowania ich wdrożenia.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie określa technicznego sposobu przekazywania informacji między podmiotami wykonującymi działalność leczniczą a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Jest to pierwszy etap reformy. Celem regulacji w art. 14-19 jest ustanowienie ram współpracy, a nie tworzenie nowego systemu teleinformatycznego ani nakładanie dodatkowych obowiązków raportowych. Przyjęto zasadę posługiwania się już używanymi systemami teleinformatycznymi, a ustawa pozostawia możliwość korzystania z dostępnych rozwiązań organizacyjnych i technicznych. Rozwiązanie to może zostać poddane analizom podczas planowanego przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy.
97	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 15 ust. 2 projektu ustawy	2. Informacja, o której mowa w ust. 1, zawiera następujące dane dotyczące osoby, o której mowa w ust. 1 :		RODO? Czy korzysta się z IKP i są tam gromadzone dane dla potrzeb koordynacji i o koordynacji w tym kto jest koordynatorem w przypadku konkretnego pacjenta?	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie przewiduje korzystania z IKP, gdyż mechanizmy wymiany informacji określone w art. 15-19 opierają się wyłącznie na bezpośrednim przekazywaniu tylko określonych danych między podmiotami zaangażowanymi w udzielanie wsparcia. IKP zawiera bardzo szeroki zakres danych.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
98	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 15 ust. 3 projektu ustawy	3. Powiadomienie, o którym mowa w ust. 2, zawiera: 1) nazwę podmiotu przekazującego informację ;		I wskazanie z imienia i nazwiska osoby/pracownika odpowiedzialnego za przekazanie informacji	Uwaga uwzględniona. Doprecyzowano przepis o dane kontaktowe podmiotu, obejmujące numer telefonu służbowego oraz adres poczty elektronicznej, przeznaczone do kontaktu w sprawie przekazywanej informacji.
			3) nazwę podmiotu otrzymującego informację ;		Ze wskazaniem imienia i nazwiska pracownika potwierdzającego otrzymanie informacji	Uwaga uwzględniona. Doprecyzowano przepis o dane kontaktowe podmiotu, obejmujące numer telefonu służbowego oraz adres poczty elektronicznej, przeznaczone do kontaktu w sprawie przekazywanej informacji.
99	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 15–16 projektu ustawy	Art. 15–16: przekazywanie informacji; zakres informacji (m.in. dane identyfikacyjne, kontaktowe, uzasadnienie potrzeby weryfikacji, informacje o stanie zdrowia za zgodą)	W art. 15 dodać ust. 4: „4. Informacja, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana w ujednoliconym formularzu; wzór formularza określi, w drodze rozporządzenia, organ właściwy do spraw polityki senioralnej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, mając na względzie zapewnienie interoperacyjności danych oraz ograniczenie powielania ocen i dokumentacji.”	ESPAN wskazuje problem powielanych, rozłącznych i słabo skoordynowanych ocen, które opóźniają uruchamianie usług (ESPAN, 2025, s. 65). WB rekomenduje standardowe formaty i centralizację/repozytorium dla danych (World Bank, 2025, s. 156–158). Formularz jest „tanim” narzędziem standaryzacji, spójnym z logiką projektu (bez zmian kompetencji).	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzanie w ustawie obowiązku wydania rozporządzenia dotyczącego formularza byłoby przedwcześnie oraz mogłoby ograniczać elastyczność projektowania zmian w systemach teleinformatycznych poszczególnych sektorów. Zgłaszany postulat może natomiast stanowić wartościowy kierunek prac przy opracowaniu rozwiązań teleinformatycznych oraz praktycznych standardów współpracy, jednak jego umiejscowienie w ustawie nie jest zasadne.
100	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	Art. 16 projektu ustawy	Art. 16 3. Informacje, o których mowa w art. 15 ust. 1 i 2, są przekazywane niezwłocznie.	Art. 16 3. Informacje, o których mowa w art. 15 ust. 1 i 2, są przekazywane termie	Projektowany art. 16 ust. 3 posługuje się pojęciem „niezwłocznie”, które w polskim systemie prawa ma charakter klauzuli generalnej i nie posiada jednoznacznie określonego znaczenia normatywnego. W orzecznictwie i	Uwaga nieuwzględniona. Ze względu na odmienną sytuację w każdym indywidualnym przypadku pozostawienie sformułowania „niezwłocznie” bez wskazywania

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>praktyce stosowania prawa termin ten jest interpretowany jako „bez zbędnej zwłoki”, jednakże jego zakres czasowy pozostaje zmienny i zależny od okoliczności konkretnej sprawy, możliwości organizacyjnych podmiotu zobowiązanego oraz przyjętej praktyki instytucjonalnej.</p> <p>Zastosowanie pojęcia „niezwłocznie” w regulacji dotyczącej przekazywania informacji o osobach potencjalnie wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej rodzi istotne ryzyko niejednolitego stosowania przepisów przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz jednostki organizacyjne pomocy społecznej. W praktyce może to prowadzić do znacznych rozbieżności czasowych w przekazywaniu informacji, a tym samym do opóźnień w uruchamianiu wsparcia, które z punktu widzenia sytuacji osób niesamodzielnych oraz ich opiekunów ma często kluczowe znaczenie.</p> <p>Brak określenia maksymalnego terminu przekazania informacji utrudnia również egzekwowanie obowiązku współpracy, o którym mowa w art. 14-15. W sytuacji braku precyzyjnego terminu czasowego trudno jest bowiem jednoznacznie stwierdzić, czy doszło do naruszenia obowiązku ustawowego, a tym samym zastosować jakiegokolwiek środki nadzorcze lub korygujące. Prowadzi to do osłabienia normatywnego charakteru przepisu i zwiększa ryzyko jego fasadowego stosowania.</p>	<p>czasookresu wydaje się słuszne i wystarczające. Rozwiązanie to może zostać poddane analizom podczas planowanego przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					Z tego względu zasadne jest zastąpienie lub uzupełnienie pojęcia „niezwłocznie” poprzez wskazanie maksymalnego terminu przekazania informacji, wyrażonego w dniach kalendarzowych lub roboczych, z ewentualnym zróżnicowaniem sytuacji wymagających pilnej interwencji. Takie rozwiązanie zwiększyłoby pewność prawa, ujednoliciło praktykę stosowania przepisów oraz umożliwiło skuteczny nadzór nad realizacją obowiązku informacyjnego, przyczyniając się do realnego usprawnienia systemu identyfikacji potrzeb w obszarze opieki długoterminowej.	
101	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	Art. 16.3 projektu ustawy	1) nazwę podmiotu przekazującego informację; Pkt 3) podobna zmiana	nazwę podmiotu przekazującego informację i wskazanie z imienia i nazwiska osoby/pracownika odpowiedzialnego za przekazanie informacji		Uwaga uwzględniona. Doprecyzowano przepis o dane kontaktowe podmiotu, obejmujące numer telefonu służbowego oraz adres poczty elektronicznej, przeznaczone do kontaktu w sprawie przekazywanej informacji.
102	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 16.3 projektu ustawy	Art. 16 ust. 3: informacje przekazywane „niezwłocznie”	W art. 16 ust. 3 nadać brzmienie: „3. Informacje, o których mowa w ust. 1, przekazuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 48 godzin od zaistnienia przestanki przekazania informacji; w przypadku planowanego wypisu osoby ze szpitala lub innej całodobowej placówki - nie później niż 48 godzin przed planowanym wypisem, chyba że	ESPAN podkreśla, że niejasne i opóźnione przejścia oraz brak koordynacji powodują opóźnienia w rozpoczęciu usług (ESPAN, 2025, s. 65). WB wskazuje na wagę standaryzacji wypisów i przejść szpital-dom w redukcji fragmentacji (World Bank, 2025, s. 154). Termin maksymalny nadaje operacyjność obowiązkowi.	Uwaga tożsama z lp. 100.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				stan zdrowia uniemożliwia zachowanie terminu.”		
103	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	art. 16 ust. 3 projektu ustawy	Informacje mają być przekazywane „niezwłocznie”.	Wprowadzić maksymalny termin przekazywania informacji – np. do 72 godzin od uzyskania zgłoszenia.	Termin „niezwłocznie” jest niejednoznaczny i utrudnia egzekwowanie przepisów. Jasny limit czasowy ujednolici praktykę i usprawni współpracę między instytucjami.	Uwaga tożsama z lp. 100.
104	Caritas Polska	Art. 18 projektu ustawy	Niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w art. 15 ust. 1, właściwy podmiot podejmuje czynności zmierzające do ustalenia potrzeby udzielenia tej osobie usług lub świadczeń opieki długoterminowej, do których ta osoba może być uprawniona, zgodnie z przepisami regulującymi te usługi lub świadczenia.	Niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w art. 15 ust. 1, właściwy podmiot podejmuje czynności zmierzające do ustalenia potrzeby udzielenia tej osobie usług lub świadczeń opieki długoterminowej, do których ta osoba może być uprawniona, zgodnie z przepisami regulującymi te usługi lub świadczenia. Skierowanie do zakładu opiekuńsko-leczniczego odbywa się na dotychczasowych zasadach na podstawie kryteriów medycznych i formalnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, oraz przestrzegając zasad prowadzenia list oczekujących określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	Brak takiego dodatkowego zapisu może prowadzić do presji administracyjnej na ZOL i naruszenia zasad równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.	Uwaga nieuwzględniona. Projektowana ustawa nie ingeruje w dotychczasowe przepisy kierowania i kwalifikacji do świadczeń opieki zdrowotnej. Rozwiązanie ma charakter koordynacyjny, a jego celem jest wyłącznie zapewnienie, aby właściwy podmiot – zgodnie z regulacjami sektorowymi, którymi jest związany – niezwłocznie podjął działania zmierzające do ustalenia potrzeb osoby i zastosowania właściwych procedur zgodnie z obowiązującym prawem. Projekt ustawy nie tworzy nowych kryteriów medycznych, nie zmienia zasad kwalifikacji, nie skraca ani nie wydłuża procedur przewidzianych w przepisach ochrony zdrowia – jedynie porządkuje proces wymiany informacji i usprawnia jego przepływ, pozostawiając stosowanie kryteriów medycznych i formalnych w wyłącznych kompetencjach podmiotów systemu ochrony zdrowia.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
105	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	Art. 19 projektu ustawy		<p>Dodanie ust. 4 w art. 19 Brak przepisu: 4. Podmioty, do których koordynator do spraw opieki długoterminowej wystąpił z wnioskiem lub rekomendacją, są obowiązane do udzielenia odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania</p>	Bez obowiązku odpowiedzi koordynacja ma charakter wyłącznie deklaracyjny.	<p>Uwaga częściowo uwzględniona.</p> <p>Mechanizm przewidziany w art. 19 nie ma charakteru deklaracyjnego – przeciwnie, ustanawia konkretny obowiązek informacyjny po stronie podmiotów otrzymujących zgłoszenie oraz określa działanie koordynatora na wypadek jego niewykonania. Przepis wprowadza zatem dwupoziomowy system zabezpieczający:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) obowiązek przekazania informacji zwrotnej przez podmiot w terminie 7 dni, 2) obowiązek interwencji koordynatora, który w przypadku braku odpowiedzi kontaktuje się z podmiotem, ustala przyczyny braku reakcji oraz – w razie potrzeby – podejmuje działania wspierające. <p>Rozwiązanie to zapewnia, że żadne przekazane zgłoszenie nie pozostanie bez biegu, a koordynator monitoruje faktyczną realizację współpracy, co wzmacnia odpowiedzialność podmiotów i zapobiega sytuacjom, w których informacja zostałaby pominięta. System ten ma charakter praktycznego narzędzia monitorującego, a nie wyłącznie deklaracji współpracy.</p> <p>Brak wprowadzenia instrumentów sankcyjnych na poziomie ustawy jest zamierzony – projekt stanowi pierwszy etap reformy. Jednocześnie w projekcie ustawy dodano przepis nakładający na podmioty uczestniczące w wymianie informacji do sformułowania</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						uzasadnienia, w przypadku stwierdzenia swojej niewłaściwości albo braku podstaw do podjęcia działań.
106	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	Art. 19. projektu ustawy	<p>Art. 19. 1. Podmioty, o których mowa w art. 14, otrzymujące informacje, o których mowa w art. 15, są obowiązane do poinformowania podmiotu przekazującego te informacje o sposobie ich wykorzystania w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania, z powiadomieniem koordynatora.</p> <p>2. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1, podmiot otrzymujący informacje, o których mowa w art. 15 ust. 1, nie poinformuje o sposobie ich wykorzystania, koordynator nawiązuje współpracę z tym podmiotem w celu ustalenia potrzeby wsparcia koordynatora w realizacji działań wynikających z przekazanej informacji.</p> <p>3. Powiadomienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) nazwę podmiotu przekazującego informację; 2) datę i godzinę przekazania informacji; 3) nazwę podmiotu otrzymującego informację; 		<p>Projektowany art. 19 nakłada na podmioty otrzymujące informacje obowiązek poinformowania o sposobie ich wykorzystania w terminie 7 dni od dnia otrzymania, jednak przy braku odpowiednich narzędzi organizacyjnych i kadrowych obowiązek ten należy uznać za nierealny do wykonania, zwłaszcza w dużych powiatach o znacznej liczbie zgłoszeń. W praktyce analiza zgłoszenia, kontakt z osobą wymagającą wsparcia lub jej opiekunami oraz podjęcie merytorycznych czynności weryfikacyjnych często przekracza wskazany termin, co prowadzi do ryzyka masowego naruszenia przepisu. Mechanizm przewidziany w art. 19 ust. 2 nie ma charakteru egzekucyjnego, gdyż niewykonanie obowiązku informacyjnego nie rodzi żadnych konsekwencji po stronie podmiotu zobowiązanego, a jedynie generuje dodatkowe działania po stronie koordynatora. W efekcie przepis nie zapewnia realnej motywacji do terminowego przekazywania informacji, a odpowiedzialność za brak realizacji obowiązku zostaje przeniesiona na koordynatora, którego rola ulega dalszemu przeciążeniu. Dodatkowo, wysoki poziom formalizacji zakresu powiadomienia, przy braku jednolitego systemu teleinformatycznego oraz</p>	<p>uzasadnienia, w przypadku stwierdzenia swojej niewłaściwości albo braku podstaw do podjęcia działań.</p> <p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Projektowany art. 19 określa ramowy mechanizm monitorowania wymiany informacji, a nie szczegółowe procedury organizacyjne po stronie podmiotów leczniczych lub jednostek pomocy społecznej. Termin 7 dni dotyczy wyłącznie obowiązku przekazania koordynatorowi informacji o sposobie wykorzystania zgłoszenia, a nie podjęcia działań wobec osoby wymagającej wsparcia. Obowiązek niezwłocznego działania wynika z przepisów sektorowych i pozostaje niezależny od terminu przekazania informacji zwrotnej. Wymiana informacji przewidziana w art. 14-19 będzie monitorowana przez koordynatora na podstawie otrzymywanych powiadomień. W przypadku braku odpowiedzi w terminie koordynator ma obowiązek skontaktowania się z podmiotem w celu ustalenia przyczyn braku reakcji. Dzięki temu mechanizmowi możliwe jest uniknięcie sytuacji, w której zgłoszenie pozostaje bez dalszego biegu. Koordynator może także podjąć działania wspierające podmiot w wykonaniu jego obowiązków, co zapewnia drożność procesu, a nie przenosi odpowiedzialności na koordynatora. Przepis nie ma charakteru sankcyjnego, ponieważ projektowana ustawa nie</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>4) imię i nazwisko osoby, o której mowa w art. 15 ust. 1;</p> <p>5) informację o sposobie wykorzystania informacji.</p>		<p>standaryzowanych formularzy, zwiększa obciążenie administracyjne podmiotów i sprzyja podejmowaniu działań o charakterze wyłącznie formalnym. Istnieje wysokie ryzyko, że informowanie o „sposobie wykorzystania informacji” będzie miało charakter ogólnikowy i pozorny, nieprzekładający się na realną poprawę dostępności i jakości opieki długoterminowej.</p> <p>W konsekwencji projektowany art. 19 w obecnym brzmieniu należy ocenić jako przepis o ograniczonej wykonalności i niskiej efektywności, który bez wprowadzenia zmian organizacyjnych, kadrowych oraz proceduralnych może prowadzić do fasadowej realizacji obowiązków ustawowych. Zasadne jest rozważenie zmiany terminu, uproszczenia zakresu raportowania oraz powiązania obowiązku informacyjnego z realnymi instrumentami wsparcia i nadzoru.</p>	<p>tworzy nowych form nadzoru czy penalizacji podmiotów – takie rozwiązania wykraczałyby poza zakres i cel projektu, który stanowi pierwszy etap reformy, koncentrujący się na stworzeniu podstawowego mechanizmu współpracy i wymiany danych. Rolą art. 19 jest zapewnienie minimalnego standardu komunikacji i transparentności, a nie budowa systemu kontroli. Zgłaszane obawy dotyczące obciążenia administracyjnego oraz braku jednolitego rozwiązania teleinformatycznego odnoszą się do etapu praktycznej implementacji mechanizmu, który będzie stopniowo rozwijany wraz z wdrażaniem narzędzi przewidzianych w ustawie – a 12 miesięczny termin na ich wdrożenie zapewnia odpowiednie przygotowanie się do tych rozwiązań.</p> <p>Postulat zmiany tego mechanizmu, uproszczenia raportowania lub wprowadzenia dodatkowych instrumentów nadzoru może stanowić materiał do dalszych analiz, w szczególności podczas przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy.</p>
107	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 19 ust. 1 projektu ustawy	Art. 19. 1. Podmioty, o których mowa w art. 14, otrzymujące informacje, o których mowa w art. 15, są obowiązane do poinformowania podmiotu przekazującego te informacje o sposobie ich wykorzystania w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania, z		Skąd tak długi termin? 7 dni w przypadku osoby opuszczającej szpital i wymagającej opieki i wsparcia wykraczającego poza kompetencje i siły opiekuna lub przy braku opiekuna to stanowczo za długo	Termin 7 dni, o którym mowa w art. 19 ust. 1, dotyczy wyłącznie obowiązku poinformowania koordynatora o sposobie wykorzystania przekazanej informacji, a nie podjęcia działań wobec osoby wymagającej opieki. Obowiązek podjęcia niezwłocznych czynności wobec osoby opuszczającej szpital lub znajdującej się w sytuacji nagłej wynika bezpośrednio z przepisów sektorowych

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			powiadomieniem koordynatora.			regulujących działalność podmiotów leczniczych oraz jednostek pomocy społecznej, a projektowana ustawa nie modyfikuje tych obowiązków. Przepis art. 19 ust. 2 ma charakter narzędzia monitorującego, które pozwala koordynatorowi upewnić się, że zgłoszona sprawa została podjęta przez właściwy podmiot i nie „zginęła” w systemie. Wymiana informacji jest monitorowana przez koordynatora na bieżąco, a przekroczenie terminu 7 dni uruchamia jego obowiązek kontaktu z podmiotem, wyjaśnienia przyczyn braku odpowiedzi oraz – w razie potrzeby – podjęcia działań wspierających realizację obowiązków wynikających z przekazanej informacji. Mechanizm ten nie prowadzi do opóźnienia udzielania wsparcia pacjentowi ani opiekunowi – przeciwnie, ma charakter zabezpieczający i służy zapewnieniu ciągłości postępowania. Wszelkie działania związane z oceną potrzeb i udzieleniem świadczeń muszą być podejmowane bez zwłoki przez właściwe podmioty, niezależnie od terminu przekazania informacji zwrotnej do koordynatora.
108	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	art. 19 ust. 1-2 projektu ustawy	Podmiot ma obowiązek przekazania informacji o sposobie wykorzystania zgłoszenia w terminie 7 dni.	Wydłużyć termin do 14 dni lub wprowadzić możliwość jego przedłużenia w przypadku zgłoszeń wymagających weryfikacji środowiskowej.	DPS i OPS nie są w stanie rzetelnie zweryfikować sprawy w ciągu 7 dni. W obecnym brzmieniu przepis będzie w praktyce naruszany.	Uwaga nieuwzględniona. Termin 7 dni, o którym mowa w art. 15 ust. 1, dotyczy wyłącznie obowiązku przekazania informacji o sposobie wykorzystania zgłoszenia, a nie zakończenia całego procesu weryfikacji czy podjęcia działań wobec osoby

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						<p>potencjalnie wymagającej usług lub świadczeń opieki długoterminowej. Przepis nie nakłada na jednostki organizacyjne pomocy społecznej ani DPS obowiązku dokonania pełnej oceny sytuacji osoby w tym terminie – wymaga jedynie przekazania krótkiej informacji zwrotnej, np. że zgłoszenie zostało przyjęte, jest w toku analizy lub wymaga dodatkowych czynności.</p> <p>Takie ujęcie ma na celu zapewnienie przejrzystości przepływu informacji i ciągłości współpracy, a nie przyspieszenie merytorycznego postępowania, które – zgodnie z przepisami sektorowymi – odbywa się według własnych terminów i procedur. Termin 7 dni dotyczy więc czynności organizacyjnej i potwierdzającej, a nie przeprowadzenia całego postępowania przez OPS czy DPS. W związku z powyższym nie zachodzi ryzyko naruszania przepisu w praktyce, a jego funkcją jest zapewnienie minimalnego standardu komunikacji między instytucjami, co stanowi kluczowy element mechanizmu koordynacji.</p>
109	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 19 ust. 2 projektu ustawy	2. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1, podmiot otrzymujący informacje, o których mowa w art. 15 ust. 1, nie poinformuje o sposobie ich wykorzystania, koordynator nawiązuje współpracę z tym podmiotem w celu ustalenia potrzeby wsparcia koordynatora w realizacji		Zapis niezrozumiały: koordynator nawiązuje współpracę z podmiotem, który przez 7 dni nie zareagował by mu zgłosić potrzebę wsparcia dla realizacji swoich działań? A co z pacjentem czy wsparciem opiekuna w tym czasie?	Przepis art. 19 ust. 2 nie nakłada na podmiot otrzymujący informację obowiązku „zgłoszenia potrzeby wsparcia”, lecz tworzy mechanizm systemowego monitorowania obiegu informacji oraz zapewnienia ciągłości postępowania po stronie podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek pomocy społecznej. Wymiana informacji przewidziana w art. 14–19 jest monitorowana przez koordynatora, który

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			działań wynikających z przekazanej informacji.			<p>otrzymuje powiadomienia o każdym przekazaniu informacji. Dzięki temu koordynator ma możliwość bieżącego śledzenia tego, czy i w jakim zakresie podmioty reagują na zgłoszenia dotyczące osób potencjalnie wymagających usług lub świadczeń opieki długoterminowej.</p> <p>Jeżeli w ciągu 7 dni podmiot nie przekaze informacji o sposobie wykorzystania zgłoszenia, koordynator ma obowiązek skontaktowania się z tym podmiotem w celu ustalenia przyczyn braku reakcji. Takie działanie ma na celu wyjaśnienie, czy opóźnienie wynika z trudności organizacyjnych, braku możliwości weryfikacji zgłoszenia czy innych barier systemowych. Dopiero na tej podstawie koordynator może podjąć działania wspierające podmiot, które ułatwią mu realizację obowiązków wynikających z przekazanej informacji.</p> <p>Rozwiązanie to nie powoduje odroczenia udzielenia wsparcia osobie wymagającej opieki ani nie wpływa na terminowość działań podmiotu leczniczego lub jednostki pomocy społecznej. Mechanizm opisany w art. 19 ust. 2 ma charakter zabezpieczający, zapobiegający sytuacjom, w których informacja mogłaby zostać pominięta lub nieprzetworzona. Koordynator nie zastępuje podmiotów w realizacji ich ustawowych obowiązków, lecz dba o to, aby proces wymiany informacji przebiegał prawidłowo i aby żadne zgłoszenie nie pozostało bez dalszego biegu. Powyższy mechanizm nie</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						powoduje opóźnień w objęciu wsparciem osoby wymagającej opieki – obowiązek niezwłocznego podjęcia działań spoczywa na podmiocie otrzymującym informację, a rola koordynatora polega jedynie na monitorowaniu i zabezpieczeniu procesu.
110	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdańsku	Art. 19.2 projektu ustawy	2. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1, podmiot otrzymujący informacje, o których mowa w art. 15 ust. 1, nie poinformuje o sposobie ich wykorzystania, koordynator nawiązuje współpracę z tym podmiotem w celu ustalenia potrzeby wsparcia koordynatora w realizacji działań wynikających z przekazanej informacji.		Zapis niezrozumiały: koordynator nawiązuje współpracę z podmiotem, który przez 7 dni nie zareagował by mu zgłosić potrzebę wsparcia dla realizacji swoich działań? A co z pacjentem czy wsparciem opiekuna w tym czasie?	Uwaga tożsama z lp. 109.
111	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 20 projektu ustawy	Art. 20: współpraca organu ds. polityki senioralnej z ministrami w celu spójności i jednolitych standardów jakości	Dodać art. 20a (ciało koordynacyjne): „Art. 20a. 1. Przy organie właściwym do spraw polityki senioralnej tworzy się międzysektorowy Zespół Koordynacji Opieki Długoterminowej. 2. W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele organu właściwego do spraw polityki senioralnej, ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawiciele	ESPAN rekomenduje mechanizmy nadzoru i koordynacji między poziomami i sektorami oraz zintegrowane ścieżki opieki (ESPAN, 2025, s. 110). WB wskazuje potrzebę koordynacji governance, finansowania i rozwiązań dot. danych (World Bank, 2025, s. 121). Włączenie NFZ jest spójne z realnym przepływem danych i finansowania (NFZ jest przewidziany jako źródło danych dla koordynatora – art. 10).	Uwaga nieuwzględniona. Propozycja powołania nowego zespołu ustawowego wykracza poza zakres regulacji projektu. Ustawa ma charakter koordynacyjny i ramowy, a nie ustrojowy – nie tworzy nowych międzyresortowych organów ani ciał kolegialnych. Wprowadzenie odrębnego Zespołu wymagałoby rozbudowanej regulacji dotyczącej jego statusu, trybu działania, zasad finansowania i relacji z istniejącymi organami administracji rządowej. Jednocześnie należy podkreślić, że funkcja takiego ciała jest już realizowana przez Międzyresortowy Zespół do spraw

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				województw i jednostek samorządu terytorialnego. 3. Do zadań Zespołu należy w szczególności: (1) uzgadnianie standardów współpracy i wymiany informacji, o których mowa w art. 14–19; (2) uzgadnianie minimalnych wskaźników monitorowania koordynacji oraz rekomendowanie zintegrowanych ścieżek opieki, w tym przejść szpital–dom; (3) rekomendowanie rozwiązań w zakresie koordynacji finansowania i legislacji dla LTC.”		systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, utworzony Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 22 marca 2024 r. (M.P. poz. 224), działający jako organ pomocniczy Rady Ministrów i prowadzący prace m.in. nad rozwiązaniami w obszarze opieki długoterminowej. Projektowana ustawa wprowadza na tym etapie ramowe mechanizmy współdziałania (art. 16, art. 20–21), natomiast szczegółowe instrumenty koordynacyjne mogą być rozwijane w dalszym etapie reformy, po przewidzianym w ustawie przeglądzie jej funkcjonowania.
112	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	Art. 20.1 projektu ustawy	Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia współdziałają w celu zapewnienia spójnego funkcjonowania opieki długoterminowej i jednolitych standardów jej jakości		Co ze sprawowaniem dodatkowego nadzoru nad przestrzeganiem praw człowieka przez RPO i RPD? Wnioskuje o wpisanie RPO i RPD do monitorowania przestrzegania praw dzieci i dorosłych będących beneficjentami opieki długoterminowej	Uwaga nieuwzględniona. Zadania Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Rzecznika Praw Dziecka są określone w odrębnych ustawach ustrojowych: ustawie z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich, ustawie z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka. Przepisy te już obecnie przyznają RPO i RPD kompetencje do: - monitorowania przestrzegania praw i wolności człowieka, - interwencji w przypadku naruszeń praw osób dorosłych i dzieci, - podejmowania działań również w obszarach systemowych, takich jak ochrona zdrowia, pomoc społeczna czy świadczenia opiekuńcze. W związku z tym nie ma potrzeby ponownego

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						wprowadzania tych kompetencji do projektowanej ustawy.
113	Fundacja Hospicyjna	Art. 20. 1.	<p>Współdziałanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podejmowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej; 2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej; 3) inicjowanie i wspieranie badań naukowych dotyczących standardów jakości oraz rozwoju usług i świadczeń opieki długoterminowej, w tym udzielanych w środowisku lokalnym; 4) opracowywanie i wdrażanie rozwiązań wspierających funkcjonowanie opieki nieformalnej. 	<p>Dodanie punktu 5) dotyczącego jakości kształcenia kadry</p> <p>5) podejmowanie działań na rzecz standardów w zakresie kształcenia kadry realizującej usługi, o których mowa w ustawie</p>	<p>Na rynku edukacyjnym jest bogata oferta szkoleń, w tym szkoleń opiekunów osób starszych, które kończą się uzyskaniem zaświadczenia uprawniającego do pracy w instytucjach opieki długoterminowej, choć jakość oferowanych szkoleń może budzić wątpliwości i forma jest różna (stacjonarne, e-learning), zaświadczenie takie samo (zaświadczenie wydawane na podstawie § 18 ust. 2 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 stycznia 2012r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. Z 2014r. poz. 622) Szczególnie ważne w opiece domowej.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Proponowane rozszerzenie art. 20 o zadanie dotyczące podejmowania działań na rzecz standardów kształcenia kadry realizującej usługi opieki długoterminowej jest cennym sygnałem dotyczącym znaczenia jakości przygotowania personelu, jednak zagadnienie to wykracza poza zakres projektowanej ustawy.</p> <p>Art. 20 projektowanej ustawy nie jest przepisem służącym całościowemu i szczegółowemu uregulowaniu wszystkich aspektów współpracy międzyresortowej. Szczegółowe mechanizmy koordynacji, tryb prac oraz zakres odpowiedzialności poszczególnych organów mogą być efektywnie doprecyzowywane na poziomie wykonawczym, w tym w oparciu o już funkcjonujące rozwiązania (np. międzyresortowe zespoły i grupy robocze). Przepis celowo pozostawia przestrzeń do operacyjnego rozwijania współpracy, co jest szczególnie istotne na pierwszym etapie reformy.</p> <p>Zgłaszany postulat może stanowić kierunek dalszych prac analitycznych, zwłaszcza w kontekście kolejnych etapów reformy i działań dotyczących jakości opieki długoterminowej, które będą rozwijane po przeglądzie funkcjonowania przepisów ustawy. Ustawa tworzy więc podstawę systemową, na której możliwe będzie</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						stopniowe budowanie bardziej zaawansowanych instrumentów koordynacji międzysektorowej.
114	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 20 ust. 1 projektu ustawy	Art. 20. 1. Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia współdziałają w celu zapewnienia spójnego funkcjonowania opieki długoterminowej i jednolitych standardów jej jakości.		Co ze sprawowaniem dodatkowego nadzoru nad przestrzeganiem praw człowieka przez RPO i RPD? Wnioskuje o wpisanie RPO i RPD do monitorowania przestrzegania praw dzieci i dorosłych będących beneficjentami opieki długoterminowej	Uwaga nieuwzględniona. Uwzględnienie uwagi tożsame jak do uwagi lp. 112.
115	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 20 ust. 2 projektu ustawy	2. Współdziałanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności: 1) podejmowanie działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej; 2) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej; 3) inicjowanie i wspieranie badań naukowych dotyczących standardów jakości oraz rozwoju usług i świadczeń opieki długoterminowej, w tym udzielanych w środowisku lokalnym; 4) opracowywanie i wdrażanie rozwiązań wspierających	Dodanie 5) monitorowanie przez RPO i RPD przestrzegania praw człowieka w realizacji i koordynacji opieki długoterminowej dzieci i dorosłych		Uwaga nieuwzględniona. Uwzględnienie uwagi tożsame jak do uwagi lp. 112.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			funkcjonowanie opieki nieformalnej .			
116	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	art. 20-21 projektu ustawy	Deklaratywne współdziałanie ministerstw właściwych ds. zdrowia i zabezpieczenia społecznego	Wprowadzić obowiązkowe mechanizmy koordynacji międzyresortowej, w tym wspólne wytyczne i standardy operacyjne	Z doświadczeń lokalnych wynika, że brak realnej współpracy między resortami zdrowia i polityki społecznej jest jedną z głównych barier w opiece długoterminowej. Przepis w obecnym brzmieniu ma charakter wyłącznie deklaracyjny.	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga nie jest wystarczająco precyzyjna. Nie wskazano, jakiego rodzaju „wytyczne” ani jakie „standardy operacyjne” miałyby zostać wprowadzone, na jakim poziomie szczegółowości, ani w jakim zakresie miałyby one modyfikować obowiązujące kompetencje poszczególnych resortów. Nie zaproponowano również konkretnego brzmienia przepisów, które miałyby zostać dodane do ustawy. Jednocześnie należy podkreślić, że art. 20-21 mają charakter ustrojowy, wyznaczając ramy współdziałania organów centralnych.
117	Fundacja Hospicyjna	Art.21 projektu ustawy	Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia monitorują, w zakresie swojej właściwości, realizację opieki długoterminowej, w szczególności w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej.	Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia monitorują, w zakresie swojej właściwości, realizację opieki długoterminowej, w szczególności w zakresie jakości i dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej.	Oprócz dostępności usług niezwykle istotna jest dbałość o ich jakość, w tym przygotowanie kadr i ich doszkadzanie, zapewnienia odpowiednich warunków realizacji opieki, na którą rośnie zapotrzebowanie, a nie zawsze ilość łączy się z jakością.	Uwaga nieuwzględniona Projektowana ustawa stanowi pierwszy etap reformy opieki długoterminowej, koncentrujący się na zdefiniowaniu opieki długoterminowej, stworzeniu mechanizmów koordynacji, przepływu informacji oraz monitorowania. Zagadnienia dotyczące jakości – zostały ujęte w projekcie jako obszar dalszych prac systemowych, które zakończą się wraz z ewaluacją funkcjonowania przepisów projektowanej ustawy w terminie 36 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Natomiast kwestia jakości jest już obecnie wyraźnie zaakcentowana w projektowanej ustawie, która nakłada na

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						organy centralne obowiązek współdziałania w celu zapewnienia jednolitych standardów jakości, podejmowania działań na rzecz poprawy jakości usług, realizowania działań informacyjno-edukacyjnych oraz inicjowania badań nad standardami jakości. Zgodnie z etapowym charakterem reformy, opracowanie szczegółowych standardów jakości będzie przedmiotem kolejnego etapu prac, po zapewnieniu funkcjonowania nowych mechanizmów koordynacji i monitoringu.
118	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art.21 projektu ustawy	Art. 21. Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia monitorują , w zakresie swojej właściwości, realizację opieki długoterminowej, w szczególności w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej.	Dodać: Oraz RPO i RPD		Uwaga nieuwzględniona. Uwzględnienie uwagi tożsame jak do uwagi lp. 112.
119	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną Koło w Gdańsku	Art. 21 projektu ustawy	Organ do spraw polityki senioralnej, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia monitorują, w zakresie swojej właściwości, realizację opieki długoterminowej, w szczególności w zakresie	Dodanie 5) monitorowanie przez RPO i RPD przestrzegania praw człowieka w realizacji i koordynacji opieki długoterminowej dzieci i dorosłych		Uwaga nieuwzględniona. Uwzględnienie uwagi tożsame jak do uwagi lp. 112.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej.			
120	Stowarzyszenie Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej "Jednym Tchem"	art. 21-24 projektu ustawy	Przepisy dotyczące monitorowania opieki długoterminowej i sporządzania sprawozdań.	Wprowadzenie obowiązku podejmowania działań naprawczych w przypadku stwierdzenia istotnych ograniczeń dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej, w szczególności nadmiernie długiego czasu oczekiwania.	Obecne regulacje mają charakter wyłącznie sprawozdawczy i analityczny. Brak powiązania monitoringu z obowiązkiem działań naprawczych ogranicza skuteczność systemu i nie zapewnia realnej poprawy dostępności świadczeń.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy wprowadza mechanizmy koordynacyjne, informacyjne i monitorujące, natomiast nie ingeruje w zakres kompetencji decyzyjnych organów właściwych dla poszczególnych usług i świadczeń, które regulowane są w przepisach sektorowych w obszarach ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz zabezpieczenia społecznego. Natomiast w projektowanej ustawie jest przepis, który przewiduje współdziałanie organów centralnych (polityka senioralna, zabezpieczenie społeczne, zdrowie) w zakresie podejmowania działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej oraz poprawy jakości usług i świadczeń. Oznacza to, że mechanizm przechodzenia od rekomendacji do działań naprawczych został uregulowany w ustawie na poziomie systemowym. Sprawozdanie jest źródłem informacji i rekomendacji, natomiast współdziałanie daje podstawę prawną dla wdrażania działań usprawniających, co łącznie zapewnia monitoringowi odpowiedni charakter zarządczy.
121	Fundacja Jesteśmy Ważni	Art. 24 projektu ustawy	Art. 24. 1. Organ do spraw polityki senioralnej przedstawia do wiadomości Radzie Ministrów coroczne sprawozdanie z wyników	Proponuje się zmianę art. 24 ust. 2 poprzez dodanie zdania drugiego w brzmieniu:	Sprawozdanie krajowe stanowi kluczowy dokument analityczny wykorzystywany w procesie oceny funkcjonowania systemu opieki długoterminowej oraz planowania	Uwaga nieuwzględniona. Art. 24 ust. 2 określa ogólny zakres informacyjny sprawozdania, natomiast szczegółowy zakres danych, jakie będą

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			<p>monitorowania, o którym mowa w art. 21, w terminie do dnia 30 września roku następującego po roku, którego dotyczy sprawozdanie.</p> <p>2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera informacje o strukturze i zakresie opieki długoterminowej, osobach objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej, jak również ocenę dostępności opieki długoterminowej oraz wnioski i rekomendacje dotyczące jej funkcjonowania.</p> <p>3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, jest publikowane na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej.</p>	<p>Sprawozdanie zawiera w szczególności wyodrębnione informacje dotyczące dzieci z niepełnosprawnością mi oraz dorosłych osób z niepełnosprawnością mi objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej, a także dotyczące opiekunów długoterminowych, o których mowa w art. 2 pkt 4a.</p>	<p>dalszych działań legislacyjnych i finansowych.</p> <p>Brak wyodrębnienia w nim danych dotyczących dzieci oraz dorosłych osób z niepełnosprawnościami powoduje, że specyfika tej grupy pozostaje niewystarczająco widoczna na poziomie centralnym. Proponowana zmiana umożliwi rzetelną ocenę dostępności usług i świadczeń dla osób z niepełnosprawnościami oraz ich opiekunów i zapewni spójność danych zbieranych na poziomie lokalnym i krajowym.</p>	<p>udostępniane organowi do spraw polityki senioralnej, zostanie określony w przepisach wykonawczych wydawanych na podstawie art. 23 ust. 2. To na poziomie tych przepisów możliwe jest precyzyjne określenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - struktury danych, - podziałów demograficznych, - dostępnych kategorii agregacji, <p>możliwości wyodrębnienia podgrup, w tym dzieci oraz dorosłych osób z niepełnosprawnościami, a także opiekunów.</p> <p>Projekt ustawy nie przewiduje gromadzenia danych na poziomie indywidualnym, a jedynie zagregowany, zgodny z zakresem danych dostępnych w systemach resortowych.</p> <p>Proponowana zmiana wykracza poza poziom szczegółowości przepisów ustawowych i będzie mogła zostać uwzględniona na poziomie standardów danych, instrukcji sprawozdawczych lub przepisów wykonawczych.</p>
122	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	art. 24 ust. 2 projektu ustawy	Sprawozdanie (...) zawiera (...) ocenę dostępności opieki długoterminowej oraz wnioski i rekomendacje dotyczące jej funkcjonowania	Sprawozdanie (...) zawiera (...) ocenę dostępności opieki długoterminowej oraz wnioski i rekomendacje stanowiące podstawę do planowania działań naprawczych oraz rozwoju opieki długoterminowej	Nadaje monitoringowi charakter narzędzia zarządczego, a nie wyłącznie informacyjnego.	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Obowiązek przygotowania przez organ do spraw polityki senioralnej corocznej informacji o wynikach monitorowania, już obecnie obejmuje ocenę dostępności i jakości opieki długoterminowej oraz wnioski i rekomendacje dotyczące jej funkcjonowania. Konstrukcja przepisu ma charakter celowo szeroki, tak aby umożliwić organowi formułowanie</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						<p>rekomendacji, które mogą być wykorzystywane przez właściwe instytucje do podejmowania działań o charakterze naprawczym lub rozwojowym.</p> <p>W projektowanej ustawie zawarto odrębny przepis, który przewiduje współdziałanie organów centralnych (polityka senioralna, zabezpieczenie społeczne, zdrowie) w zakresie podejmowania działań usprawniających funkcjonowanie opieki długoterminowej oraz poprawy jakości usług i świadczeń. Oznacza to, że mechanizm przechodzenia od rekomendacji do działań naprawczych został uregulowany w ustawie na poziomie systemowym.</p> <p>Sprawozdanie jest źródłem informacji i rekomendacji, natomiast współdziałanie daje podstawę prawną dla wdrażania działań usprawniających, co łącznie zapewnia monitoringowi odpowiedni charakter zarządczy.</p> <p>Z tego powodu dopisywanie do art. 19 dodatkowego sformułowania o „planowaniu działań naprawczych oraz rozwoju”.</p>
123	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	Art. 24.2 projektu ustawy	Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera informacje o strukturze i zakresie opieki długoterminowej, osobach objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej, jak również ocenę dostępności opieki długoterminowej oraz	Dodać: osobach, wieku osób objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej oraz jej powodach		<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Pojęcie „struktury opieki długoterminowej” ma charakter szeroki i obejmujący. Jest to pojęcie celowo użyte w sposób ogólny, aby objąć różne aspekty funkcjonowania systemu, w tym także strukturę demograficzną osób korzystających z usług i świadczeń. W ramach „struktury” mieszczą się m.in.:</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			wnioski i rekomendacje dotyczące jej funkcjonowania.			<p>-struktura podmiotowa – rodzaje usług i świadczeń, ich rozmieszczenie, formy realizacji;</p> <p>-struktura organizacyjna – sposób funkcjonowania, poziomy realizacji, powiązania instytucjonalne;</p> <p>-struktura demograficzna osób objętych wsparciem, w tym takie dane jak wiek, stan cywilny, sytuacja rodzinna, jeżeli występują w zagregowanych danych resortowych;</p> <p>-struktura potrzeb, rozumiana jako typowe powody korzystania ze wsparcia (np. przewlekłe choroby, niesamodzielność funkcjonalna, potrzeba opieki całodobowej).</p> <p>Z tego względu wiek osób korzystających z usług długoterminowych jest już elementem „struktury” i nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowego doprecyzowania w ustawie.</p> <p>Natomiast proponowane dodanie kategorii „powodów objęcia opieką” nie może zostać uwzględnione, gdyż projektowana ustawa zakłada wyłącznie przetwarzanie danych zagregowanych. Szczegółowe powody objęcia usługami – często dane wrażliwe dotyczące zdrowia – nie są pozyskiwane ani przetwarzane w sposób umożliwiający ich zbiorcze monitorowanie, zgodnie z zasadą minimalizacji danych.</p> <p>Zakres danych będzie określony w przepisach wykonawczych.</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
124	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 24 ust. 2 projektu ustawy	2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera informacje o strukturze i zakresie opieki długoterminowej, osobach objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej, jak również ocenę dostępności opieki długoterminowej oraz wnioski i rekomendacje dotyczące jej funkcjonowania.		Dodać: osobach, wieku osób objętych usługami i świadczeniami opieki długoterminowej oraz jej powodach	Uwaga nieuwzględniona. Ustosunkowanie się do uwagi tożsame jak do uwagi lp. 123.
125	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego	Art. 25 projektu ustawy		Wnioskuje się, aby art. 25 był precyzyjny i obejmował wszystkich pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej. Należy wskazać relację do programu Aktywny Samorząd – Moduł I, Obszar E w zakresie: a. Czy jest to kontynuacja, zastąpienie, czy rozszerzenie programu b. Określić, czy wsparcie obejmuje również pacjentów bez orzeczenia c. Utrzymać co najmniej 100 zł miesięcznie z możliwością automatycznej waloryzacji d. Doprecyzować procedurę i odpowiedzialność za wydawanie potwierdzeń kwalifikacji	W art. 25 nie wskazano jednoznacznie, czy proponowane rozwiązanie jest kontynuacją programu <i>Aktywny Samorząd – Moduł I, Obszar E (dofinansowanie kosztów energii dla osób korzystających z respiratora/koncentratora)</i> , czy stanowi odrębny mechanizm wsparcia funkcjonujący równolegle. To powoduje istotną niejasność, ponieważ <i>Aktywny Samorząd</i> jest programem rządowym realizowanym przez PFRON i skierowanym jedynie do osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności. Art. 25 posługuje się natomiast definicją „osoby objętej świadczeniami pielęgnacyjnymi/opiekuńczymi w	Uwaga nieuwzględniona. Projektowany art. 25 dokonuje wyłącznie zmiany w ustawie – Prawo energetyczne, mającej charakter doprecyzowujący i porządkujący. Przepis nie wprowadza nowego świadczenia ani mechanizmu wsparcia, lecz jedynie dostosowuje przesłanki formalne dotyczące możliwości złożenia wniosku o zastosowanie programu wsparcia dla odbiorców energii elektrycznej w gospodarstwach domowych, w sytuacji gdy w gospodarstwie znajduje się osoba objęta świadczeniami pielęgnacyjnymi lub opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej udzielanymi w warunkach domowych w związku z wentylacją mechaniczną. Projekt ustawy nie reguluje i nie modyfikuje: - zasad funkcjonowania programu „Aktywny Samorząd”,

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				e. Uprościć proces wnioskowania z uwzględnieniem Pacjentów niemobilnych, w podeszłym wieku, z ograniczeniami	ramach opieki długoterminowej”, bez wymogu posiadania orzeczenia. Literalne brzmienie art. 25 mogłoby sugerować, że dofinansowanie byłoby możliwe bez orzeczenia, jeśli dana osoba została zakwalifikowana do świadczeń pielęgnacyjnych/opiekuńczych związanych z wentylacją mechaniczną.	<ul style="list-style-type: none"> - kryteriów dostępu do tego programu, - relacji między programami rządowymi a wsparciem wynikającym z Prawa energetycznego, - wymogu posiadania orzeczenia o niepełnosprawności, - wysokości dofinansowania, w tym mechanizmu waloryzacji, - procedur kwalifikacji czy trybu potwierdzania zasadności wsparcia, - zasad i trybu wnioskowania dla osób niemobilnych. <p>Powyższe zagadnienia pozostają w wyłącznej kompetencji ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz PFRON, które odpowiadają za kształtowanie i wdrażanie programów rządowych. Celem projektowanego przepisu jest odzwierciedlenie w Prawie energetycznym aktualnych zasad kwalifikacji do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, bez tworzenia nowej kategorii beneficjentów ani zmiany istniejących programów.</p>
126	Fundacja Hospicyjna	Art.27 projektu ustawy	brak	w art. 36 pkt 2 L) w brzemieniu: usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia, w rodzinnych domach pomocy, usługi sąsiedzkie oraz w innym miejscu, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.	Usługi świadczone w placówkach ujętych w Programie „Opieka Wytchnieniowa” rozdział V pkt 6 ppkt. 2 c) na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848, z późn. zm.). Brak w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie zmienia katalogu usług i świadczeń pomocy społecznej ani miejsc ich świadczenia, określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Projektowana regulacja ma charakter koordynacyjny i porządkujący, nie wprowadza nowych typów usług ani nie dodaje dodatkowych form organizacyjnych poza tymi, które już istnieją w przepisach sektorowych.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
127	Fundacja Hospicyjna	Art.27 projektu ustawy	brak	w art. 36 pkt 2 m) w brzmieniu: specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia oraz w innym miejscu prowadzenia usług opieki wytchnieniowej, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia z 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami	Usługi świadczone w placówkach ujętych w Programie „Opieka Wytchnieniowa” rozdział V pkt 6 ppkt. 2 c) na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848, z późn. zm.). Brak w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie rozszerza katalogu usług pomocy społecznej ani nie tworzy nowych miejsc ich świadczenia, lecz jedynie porządkuje i koordynuje usługi oraz świadczenia już istniejące w systemie prawnym. Usługi opieki wytchnieniowej, do których odwołuje się uwaga, nie stanowią w obecnym stanie prawnym odrębnej kategorii usług pomocy społecznej, lecz są realizowane w ramach programu rządowego finansowanego ze środków Funduszu Solidarnościowego na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. Z tego względu proponowane rozwiązanie nie może zostać uwzględnione w treści art. 27, który odwołuje się wyłącznie do ustawowego katalogu jednostek i usług wynikających z ustawy o pomocy społecznej. Projekt ustawy ma charakter koordynacyjny i informacyjny, i nie modyfikuje przepisów dotyczących zakresu usług pomocy społecznej ani zasad realizacji programów finansowanych w ramach Funduszu Solidarnościowego. Reasumując ten zakres wykracza poza materię projektowanej ustawy, lecz może być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej.
128	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 27 pkt 2 projektu ustawy	Art. 111b.2. Informacje, o których mowa w ust. 1, w szczególności informacje na temat wolnych miejsc w domach pomocy społecznej,		Jakich ośrodkach wsparcia? W tym dziennych? Jakich? Co z dziećmi w opiece długoterminowej? Jak ustawa wspiera zapisami proces deinstytucjonalizacji w odniesieniu do	Uwaga częściowo uwzględniona. Ośrodki te są już normatywnie określonym typem jednostek (w tym m.in. dzienne domy pomocy, środowiskowe

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			ośrodkach wsparcia oraz mieszkaniach wspomaganych przekazywane są na bieżąco, przy czym nie rzadziej niż raz w miesiącu, bądź każdorazowo na wniosek koordynatora do spraw opieki długoterminowej.”;		dzieci i dorosłych w opiece długoterminowej]?	domy samopomocy na podstawie ustawy o pomocy społecznej), dlatego projekt nie wprowadza ich dodatkowego doprecyzowania w art. 27. Projekt ustawy nie zmienia obowiązujących zasad organizacji świadczeń i usług w ramach systemu pomocy społecznej czy ochrony zdrowia. Zakres ustawy jest ukierunkowany na mechanizmy koordynacji, wymiany informacji oraz monitorowania, bez ingerencji w przepisy sektorowe dotyczące organizacji usług dla poszczególnych grup wiekowych. W zakresie kwestii deinstytucjonalizacji należy wskazać, że projekt ustawy został uzupełniony o przepis stanowiący, że usługi i świadczenia opieki długoterminowej realizuje się w sposób kompleksowy i skoordynowany, dążąc do ich zapewnienia w środowisku zamieszkania osoby wymagającej wsparcia, o ile pozwala na to jej stan zdrowia i bezpieczeństwo. Rozwiązanie to stanowi pierwszy etap reformy w kierunku stopniowego zwiększania dostępności usług środowiskowych, zgodnie z rekomendacjami raportu „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce” oraz kierunkami polityki deinstytucjonalizacji. Przepis ma charakter ustrojowy i kierunkowy – wyznacza zasadę, że środowiskowe formy wsparcia są preferowane, jednak bez ingerencji w przepisy sektorowe dotyczące świadczeń zdrowotnych czy usług pomocy

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						społecznej. W ramach projektowanej ustawy nie tworzy się nowych usług ani nie zmienia zakresu kompetencji organów właściwych w obszarze deinstytucjonalizacji, ponieważ obecny etap reformy dotyczy porządkowania definicji, budowy mechanizmów koordynacji oraz wzmocnienia przepływu informacji, co stanowi fundament dla dalszych działań legislacyjnych i organizacyjnych w kolejnych etapach reformy.
129	Fundacja Hospicyjna	Art.27 projektu ustawy	w art. 22 pkt 4 w brzmieniu: prowadzenie rejestru domów pomocy społecznej, mieszkań treningowych i wspomaganych, placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, miejsc udzielania tymczasowego schronienia oraz jednostek specjalistycznego poradnictwa;	prorowadzenie rejestru domów pomocy społecznej, mieszkań treningowych i wspomaganych, placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, miejsc udzielania tymczasowego schronienia oraz jednostek specjalistycznego poradnictwa oraz w innym miejscu prowadzenia usług opieki wytchnieniowej, spełniającym kryteria dostępności, o których mowa w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami	Usługi świadczone w placówkach ujętych w Programie „Opieka Wytchnieniowa” rozdział V pkt 6 ppkt. 2 c) na podstawie ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848, z późn. zm.). Brak w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	Uwaga nieuwzględniona. Treść uwagi nie odnosi się do zakresu normowanej regulacji w art. 27 projektu ustawy, który dotyczy wskazania obowiązujących rejestrów wynikających z ustawy o pomocy społecznej. Projekt ustawy nie wprowadza nowych kategorii usług ani nowych typów placówek, a jedynie porządkuje istniejący katalog jednostek i miejsc prowadzonych na podstawie tej ustawy. Projektowana ustawa nie przewiduje zmian dotyczących katalogu rejestrów ani nie rozszerza obowiązków w tym zakresie poza rozwiązania wynikające z ustaw sektorowych. Jednocześnie kwestie dotyczące opieki wytchnieniowej, które swoim zakresem wykraczają poza materię projektowanej ustawy, mogą być uregulowane np. w regulacjach dot. pomocy społecznej.
130	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony	Art. 28 projektu ustawy	Świadczenia stacjonarne realizowane głównie w podmiotach leczniczych	Dodaje się zdanie: „Świadczenia mogą być realizowane również w	Pozwala to wykorzystać istniejący potencjał DPS i ograniczyć presję na	Uwaga nieuwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
	Zdrowia Region Podkarpacki			DPS spełniających wymagania kadrowe i organizacyjne.”	system ochrony zdrowia bez obniżania jakości opieki.	Projekt ustawy nie ingeruje w zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, nie tworzy nowych kategorii świadczeń ani nie rozszerza katalogu podmiotów uprawnionych do ich realizacji. Zasady udzielania świadczeń stacjonarnych i całodobowych, w tym wymogi organizacyjne, kadrowe oraz formalnoprawne, wynikają z ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także z odpowiednich rozporządzeń dotyczących świadczeń gwarantowanych.
131	„Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	Art. 29 ust. 3 projektu ustawy	po art. 189a dodaje się art. 189b w brzmieniu: „Art. 189b. Fundusz przekazuje koordynatorowi do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... r. o opiece długoterminowej (Dz. U. ...), informacje o świadczeniodawcach udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, niezbędne do realizacji zadań przez koordynatora.”;	po art. 189a dodaje się art. 189b w brzmieniu: „Art. 189b. Fundusz przekazuje koordynatorowi do spraw opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... r. o opiece długoterminowej (Dz. U. ...), informacje 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, a także świadczeniodawców realizujących świadczenia i usługi w zakresie: tlenoterapii domowej, żywienia dojelitowego	Proponowana zmiana wynika ze uwag zgłoszonych przez Koalicję do Art. 3 projektowanej ustawy.	Uwaga nieuwzględniona. Odniesienie tożsame jak do uwagi lp.11.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				i pozajelitowego, rehabilitacji leczniczej oraz sprzedaży wyrobów medycznych, niezbędne do realizacji zadań przez koordynatora.”;		
132	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego	Art. 30 projektu ustawy		<p>- Wprowadzenie katalogu świadczeń pielęgniarских obejmującego świadczenia pielęgniarские w poszczególnych podmiotach wchodzących w skład opieki długoterminowej</p> <p>- Uporządkowanie ról dla pielęgniarki, lekarza, opiekuna medycznego, opiekuna nieformalnego</p> <p>- Wprowadzenie mechanizmów finansowych umożliwiających adekwatne wyceny NFZ dla świadczeń pielęgniarских, w tym finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych, wprowadzenie dodatku lub współczynnika zachęcającego do pracy w opiece długoterminowej.</p>	<p>Aktualne brzmienie ustawy nie wskazuje jasnego zakresu czynności i odpowiedzialności poszczególnych członków. Brak katalogu świadczeń może być przyczyną różnic w interpretacji, niedookreśleniu odpowiedzialności pielęgniarki wobec pacjenta i płatnika, braku jasnych kryteriów wyceny świadczeń przez NFZ, trudności w planowaniu zasobów kadrowych dla podmiotów medycznych czy braku wyceny adekwatnej do nakładów pracy. Projekt nie rozróżnia poziomu trudności świadczeń oraz nie uwzględnia specyfiki pacjentów wysokiego ryzyka.</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Zgłoszona propozycja wykracza poza zakres przedmiotowy projektowanej ustawy. Projekt ustawy nie reguluje zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, ich katalogu, poziomu szczegółowości czynności zawodowych poszczególnych grup personelu medycznego ani wyceny świadczeń finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Kwestie te są co do zasady uregulowane w przepisach sektorowych właściwych dla systemu ochrony zdrowia, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmującej m.in. tryb tworzenia i aktualizacji koszyka świadczeń gwarantowanych oraz zasady ich wyceny; - w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych, określających szczegółowy zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych; - w ustawie o działalności leczniczej oraz ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, które regulują kompetencje zawodowe i odpowiedzialność personelu medycznego.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						Projektowana ustawa o opiece długoterminowej nie ingeruje w te regulacje, gdyż jej celem jest stworzenie ram prawnych dla koordynacji, informacji i monitorowania opieki długoterminowej, bez wprowadzania zmian w zakresie finansowania czy świadczeń zdrowotnych.
133	Zespół do spraw reformy systemu pomocy społecznej przy MRPiPS	Art. 36 projektu ustawy	Art. 36. Koordynatorzy do spraw opieki długoterminowej w terminie do dnia 31 grudnia 2026 r. podejmą czynności przygotowawcze i organizacyjne niezbędne do rozpoczęcia realizacji zadań, o których mowa w art. 10, w szczególności: 1) nawiążą współpracę z podmiotami, o których mowa w art. 10 pkt 4; 2) zorganizują udostępnienie informacji, o którym mowa w art. 11 .		Wniosek o dodanie czynności przygotowawczej polegającej na zapoznaniu się koordynatora z prawami osób z niepełnosprawnościami wynikającymi z artykułów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ratyfikowanej przez Polskę w 2012 r	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie przewiduje w art. 36 wprowadzania katalogu szczegółowych obowiązków szkoleniowych koordynatorów ani doprecyzowywania zakresu treści, z którymi zobowiązani są się zapoznać w ramach czynności przygotowawczych. Przepis ma charakter ogólny i służy wyznaczeniu ram organizacyjnych umożliwiających rozpoczęcie realizacji zadań określonych w art. 10, bez wprowadzania enumeratywnego wykazu zagadnień merytorycznych. Jednocześnie wskazana kwestia – znajomość praw osób z niepełnosprawnościami wynikających z Konwencji – pozostaje istotna i mieści się w kompetencjach wymaganych do prawidłowego wykonywania zadań koordynatora. Zagadnienie to może zostać uwzględnione na poziomie wytycznych, programu szkoleń lub materiałów wdrożeniowych, bez potrzeby wprowadzania zmian legislacyjnych w art. 36.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
134	Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Gdańsku	art. 36.2) projektu ustawy	2) zorganizują udostępnienie informacji, o którym mowa w art. 11.	Wniosek o dodanie czynności przygotowawczej polegającej na zapoznaniu się koordynatora z prawami osób z niepełnosprawnościami wynikającymi z artykułów Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych ratyfikowanej przez Polskę w 2012 r		Uwaga nieuwzględniona. Ustosunkowanie się tożsame jak do uwagi lp. 133.
135	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 38 projektu ustawy		W art. 38 dodać ust. 3-4: „3. Narzędzie stanowi centralne repozytorium danych o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej w obu sektorach i służy także wsparciu koordynacji na poziomie powiatu i województwa poprzez udostępnianie danych koordynatorom. 4. Organ właściwy do spraw polityki senioralnej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz Narodowym Funduszem Zdrowia, opracuje wzorcowe porozumienia dotyczące udostępniania danych do narzędzia oraz minimalny standard danych i definicji, zapewniający interoperacyjność.”	WB rekomenduje: porozumienia o udostępnianiu danych (także wzorcowe), standardowe formaty i centralne repozytorium danych, aby ograniczyć fragmentację i poprawić monitoring/ewaluację (World Bank, 2025, s. 156-158). Dopisanie funkcji repozytorium i standardu porozumień wzmacnia „narzędzie” jako infrastrukturę koordynacji, nie tylko statystyki.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy w obecnym kształcie nie przewiduje wprowadzania narzędzia o charakterze centralnego repozytorium danych ani określania standardowych formatów i wzorcowych porozumień o udostępnianiu danych. Celem regulacji jest ustanowienie ram prawnych dla prowadzenia analiz, o których mowa w art. 22, bez tworzenia nowych rozwiązań teleinformatycznych o rozszerzonej funkcjonalności w zakresie koordynacji na poziomie powiatu i województwa. Jednocześnie wskazana propozycja zostanie potraktowana jako istotny materiał pogładowy do dalszych prac analitycznych dotyczących możliwości uspołnienienia przepływu informacji w obszarze usług długoterminowej opieki oraz ewentualnego rozwoju narzędzi służących koordynacji międzysektorowej.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
136	Fundacja Jesteśmy Ważni	Art. 40 projektu ustawy	Art. 40. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem: 1. art. 23 i art. 29 pkt 4, które wchodzi w życie po upływie 12 miesięcy, 2. art. 14–19, które wchodzi w życie po upływie 24 miesięcy – od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.	Proponuje się zmianę art. 40 pkt 2 poprzez nadanie mu brzmienia: 2) art. 14–19, które wchodzi w życie po upływie 12 miesięcy – od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.	Przepisy art. 14–19 regulują współpracę pomiędzy podmiotami ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz innymi instytucjami w zakresie identyfikowania osób wymagających usług i świadczeń opieki długoterminowej. Odroczenie ich wejścia w życie o 24 miesiące oznacza w praktyce dalsze funkcjonowanie rodzin, w tym rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami oraz opiekunów dorosłych osób z niepełnosprawnościami, w warunkach braku koordynacji i ciągłości wsparcia. Skrócenie okresu vacatio legis dla tych przepisów pozwoli na wcześniejsze uruchomienie mechanizmów współpracy instytucjonalnej, które mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa i stabilności systemu wsparcia dla osób wymagających długoterminowej opieki oraz ich opiekunów.	Uwaga uwzględniona.
137	Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciw Ubóstwu EAPN Polska	Art. 40 projektu ustawy	Art. 40 pkt 2: wejście w życie art. 14–19 po 24 miesiącach (OSR: analogiczna informacja)	W art. 40 pkt 2 zmienić „24 miesiące” na „12 miesięcy”. (alternatywnie: „18 miesięcy”, jeśli uzasadnicie potrzebę dłuższego dostosowania).	ESPAN pokazuje, że brak procedur odesłań i wymiany informacji jest kluczową barierą koordynacji (ESPAN, 2025, s. 65). Odkładanie core mechanizmu współpracy na 24 miesiące opóźnia efekt reformy; a WB wskazuje na pilność wzmocnienia koordynacji w Polsce (World Bank, 2025, s. 20–22 i 121).	Uwaga uwzględniona.
138	Spółdzielnia Wiedzy „Razem w Opiece”	Uwaga o charakterze ogólnym	Brak odniesienia do roli organizacji pozarządowych	Wzmocnić rolę organizacji pozarządowych w systemie opieki długoterminowej, w tym	Z perspektywy organizacji pozarządowych ustawa w obecnym kształcie niewiele wnosi do praktyki	Uwaga nieuwzględniona.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			jako podmiotów pierwszego kontaktu	jako partnerów pierwszego kontaktu i podmiotów realizujących funkcje koordynacyjne	lokalnej. NGO często jako pierwsze identyfikują potrzeby osób niesamodzielnych, jednak ich rola została w projekcie zmarginalizowana.	Współpracę i zlecenie usług opieki długoterminowej z obszaru pomocy społecznej organizacjom pozarządowym określa art. 25 ustawy o pomocy społecznej. Kwestie te są zatem uregulowane w ustawie sektorowej.
140	Ogólnopolskie Forum Domów Pomocy Społecznej Prowadzonych na Zlecenie	przepisy ogólne dot. systemu opieki długoterminowej	DPS traktowany jako jeden z wielu podmiotów, bez wskazania jego szczególnej funkcji.	Uzupełnić ustawę o zapis uznający DPS za kluczowy element systemu opieki długoterminowej, z odrębnymi wymogami kadrowymi i zasadami finansowania.	DPS-y realizują całodobową opiekę nad osobami o najwyższym poziomie niesamodzielności; pominięcie ich specyfiki grozi pogłębieniem kryzysów kadrowych i finansowych.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy nie pomija roli domów pomocy społecznej w systemie opieki długoterminowej, jednak jego celem jest uregulowanie mechanizmów koordynacji, a nie tworzenie odrębnych standardów dla poszczególnych form opieki. Zadania i funkcjonowanie DPS-ów wynikają z obowiązujących przepisów, w szczególności ustawy o pomocy społecznej, która już określa wymagania dotyczące kadry, standardów usług oraz zasad finansowania. Projektowane rozwiązania nie ingerują w te regulacje i nie zmieniają statusu DPS-ów jako instytucji świadczących całodobową opiekę osobom o najwyższym poziomie niesamodzielności. Ramy koordynacyjne przewidziane w ustawie mają umożliwić lepsze powiązanie działań DPS-ów z innymi formami wsparcia, bez konieczności wprowadzania odrębnych regulacji dotyczących ich statusu na tym etapie prac legislacyjnych.
141	Stowarzyszenie Pacjentów na Rzecz Wentylacji Domowej "Jednym Tchem"	uwaga ogólna do projektu ustawy			Stowarzyszenie Jednym Tchem zwraca uwagę, że projekt ustawy w obecnym kształcie koncentruje się na stworzeniu ram koordynacyjnych i informacyjnych, nie wprowadzając rozwiązań	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy koncentruje się na ustanowieniu jednolitego systemu koordynacji, który ma uporządkować

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>gwarantujących realną dostępność świadczeń opieki długoterminowej ani systemowych mechanizmów wsparcia dla opiekunów nieformalnych i pacjentów o najwyższym stopniu zależności.</p>	<p>obecnie rozproszone działania i umożliwić realne planowanie oraz monitorowanie dostępności świadczeń opieki długoterminowej. Celem regulacji na tym etapie jest stworzenie ram organizacyjnych, które pozwolą na dalsze projektowanie rozwiązań zwiększających dostępność świadczeń i wsparcia dla opiekunów nieformalnych. Ustawa nie modyfikuje jeszcze zakresu świadczeń ani finansowania, ponieważ są to zagadnienia wymagające odrębnych analiz i instrumentów wykonawczych, które mogą być przedmiotem kolejnych etapów legislacyjnych. Proponowane rozwiązania stanowią bazę do budowy bardziej kompleksowego systemu, w którym kwestie dostępu do świadczeń oraz wsparcia dla opiekunów będą mogły zostać rozwinięte w sposób spójny i osadzony na nowych mechanizmach koordynacyjnych.</p>
142	Polskie Towarzystwo Opieki Długoterminowej	uwaga ogólna do projektu ustawy			<p>(...) w ustawie nie wprowadzono zmian w ustawie o samorządzie powiatowym (jeżeli ma to być zadanie własne powiatu) jak i w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego</p>	<p>Uwaga nieuwzględniona.</p> <p>Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym, powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym m.in. w zakresie: edukacji publicznej; promocji i ochrony zdrowia; pomocy społecznej; wspierania osób niepełnosprawnych.</p> <p>Zadania określone w projektowanej ustawie wpisują się zatem w tę regulację. W świetle art. 166 ust. 1 Konstytucji RP zadaniami własnymi są zadania publiczne</p>

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						służące zaspokojeniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Nie ma zatem potrzeby zmiany tej ustawy. W projektowanej regulacji nie zachodzi konieczność nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Zadania dotyczące koordynacji opieki długoterminowej nie ingerują w kompetencje organów wskazanych w tej ustawie ani nie modyfikują zasad udzielania świadczeń psychiatrycznych. Projekt nie zmienia również katalogu podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego. Rozwiązania dotyczą innej sfery zadaniowej i pozostają w zgodzie z obowiązującym systemem prawnym, co eliminuje potrzebę aktualizacji tej ustawy.
Uzasadnienie						
143	„Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń	Str. 10 uzasadnienia	W praktyce realizacja przepisu będzie polegała na wyznaczeniu przez kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie (lub jego odpowiednika – w zależności od specyfiki lokalnych rozwiązań), osoby pełniącej funkcję koordynatora spośród pracowników powiatowego centrum pomocy rodzinie (art. 9 projektu ustawy). Po wyznaczeniu koordynator będzie musiał podjąć czynności zmierzające do przygotowania się do pełnienia tej funkcji (zgodnie	W praktyce realizacja przepisu będzie polegała na wyznaczeniu przez kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie (lub jego odpowiednika – w zależności od specyfiki lokalnych rozwiązań), osoby pełniącej funkcję koordynatora spośród pracowników powiatowego centrum pomocy rodzinie (art. 9 projektu ustawy). Po wyznaczeniu koordynator będzie musiał podjąć czynności zmierzające do przygotowania się do pełnienia tej funkcji (zgodnie z treścią art. 36 projektu ustawy) poprzez zbudowanie zespołu	Proponowana zmiana wynika ze uwag zgłoszonych przez Koalicję do Art. 9 projektowanej ustawy. Określenie wydatków na poziomie 3 500 zł brutto miesięcznie na powiat jest powieleniem najgorszych wzorców charakteryzujących rządy koalicji PO-PSL, które miały miejsce w latach 2007-2015. Określenie wydatków budżetu centralnego na poziomie niecałych 16 mln zł rocznie, przy doniesieniach medialnych (https://kalisz.wyborcza.pl/kalisz/7,181359,32455062,lekarze-zarabiali-po-1-2-mln-zl-byla-poslanka-pis-	Uwaga uwzględniona. W projekcie ustawy dokonano zmiany rozwiązania w tym zakresie wskazując, iż koordynatorem jest 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 z dnia 19 lipca 2019 r. 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

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
			z treścią art. 36 projektu ustawy) poprzez pozyskanie danych, stworzenie narzędzi informacyjnych (np. strona internetowa), nawiązanie współpracy z podmiotami leczniczymi i jednostkami pomocy społecznej. Zakłada się, że okres przygotowawczy zakończy się do końca 2026 r., a od 2027 r. koordynatorzy będą realizować zadania w pełnym zakresie. Wynagrodzenie za dodatkowe obowiązki zostało przewidziane w wysokości 3500 zł brutto miesięcznie wraz z kosztami pracodawcy, co pozwoli powiatom na sfinansowanie dodatków lub części wynagrodzenia osób pełniących tę funkcję.	składającego się z minimum dwóch osób posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i pracownika socjalnego, pozyskanie danych, stworzenie narzędzi informacyjnych (np. strona internetowa), nawiązanie współpracy z podmiotami leczniczymi i jednostkami pomocy społecznej. Zakłada się, że okres przygotowawczy zakończy się do końca 2026 r., a od 2027 r. koordynatorzy będą realizować zadania w pełnym zakresie. Wynagrodzenie za dodatkowe obowiązki zostało przewidziane w wysokości ... zł brutto miesięcznie wraz z kosztami pracodawcy, co pozwoli powiatom na sfinansowanie dodatków lub części wynagrodzenia osób pełniących tę funkcję.	andzelika.html), z których dowiadujemy się o gigantycznych wydatkach szpitali powiatowych na utrzymanie deficytowych oddziałów ginekologiczno-położniczych, jest niemoralne i nie do zaakceptowania! Należy zwrócić uwagę na kluczową rolę jaką ma pełnić koordynator i jego zespół w powiecie i jakie oszczędności dla budżetu NFZ oraz innych budżetów centralnych może wygenerować ich praca.	społecznych. Kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, czyli koordynator do spraw opieki długoterminowej, będzie mógł zaplanować organizację pracy, uwzględnić lokalnych warunków kadrowych oraz właściwe rozłożenie zadań tak, aby funkcja koordynatora była realnie wykonalna przy pomocy aktualnych zasobów urzędu.
144	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywieniowego	Uzasadnienie. Część: „Katalog świadczeń i usług w ramach opieki długoterminowej”	Uzasadnienie wskazuje katalog świadczeń zdrowotnych i społecznych, jednak nie odnosi się do leczenia żywieniowego jako elementu terapii pacjentów wymagających długoterminowego wsparcia.	Uzupełnienie uzasadnienia o wskazanie, że katalog świadczeń opieki długoterminowej obejmuje również leczenie żywieniowe jako świadczenie zdrowotne niezbędne w terapii osób przewlekle chorych i niesamodzielnych.	Uzupełnienie uzasadnienia zapewni spójność pomiędzy celem ustawy, definicją opieki długoterminowej oraz katalogiem świadczeń. Podkreśli rolę leczenia żywieniowego w utrzymaniu sprawności, zapobieganiu powikłaniom i poprawie jakości życia pacjentów objętych opieką długoterminową.	Uwaga nieuwzględniona. Odniesienie jak w przypadku uwagi lp. 11.
145	Stowarzyszenie Agencja Zatrudnienia	Uzasadnienie		(...) jednym z istotnych wyzwań systemowych pozostaje wysoka skala pracy nierejestrowanej w opiece długoterminowej,		Uwaga uwzględniona. W uzasadnieniu wskazano, że (...) zjawisku temu towarzyszy utrzymująca

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
				wynikającej w dużej mierze z ograniczonych możliwości finansowych rodzin. Choć zagadnienie to wykracza poza zakres niniejszej ustawy, sygnalizacja problemu w uzasadnieniu projektu mogłaby podkreślić spójność działań legislacyjnych planowanych w kolejnych etapach reformy.		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 3,8.
Ocena Skutków Regulacji						
146	Organizacja Rozwoju Leczenia Żywnieniowego	OSR: Część: „Rekomendowane rozwiązania i oczekiwany efekt”	OSR nie odnosi się do roli leczenia żywieniowego w efektywności systemu opieki długoterminowej.	Uzupełnienie OSR o wskazanie, że włączenie leczenia żywieniowego do katalogu świadczeń opieki długoterminowej przyczynia się do poprawy wyników zdrowotnych pacjentów oraz ograniczenia kosztów pośrednich systemu ochrony zdrowia.	Leczenie żywieniowe zmniejsza częstość powikłań, skraca czas hospitalizacji oraz ogranicza konieczność ponownych przyjęć do szpitala. Jego systemowe uwzględnienie w opiece długoterminowej jest działaniem efektywnościowym, zgodnym z celami reformy realizowanej w ramach KPO.	Uwaga nieuwzględniona. Odniesienie jak przy uwadze lp. 11.
147	Stowarzyszenie Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia Region Śląski	OSR			Zastrzeżenie budzi (...), proponowany poziom finansowania koordynatorów powiatowych w odniesieniu do szerokiego zakresu zadań przewidzianych w projekcie.	Uwaga uwzględniona. Zadanie związane z koordynacją opieki długoterminowej na poziomie powiatowym będzie zadaniem własnym powiatu. Natomiast projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Kierownicy tych jednostek posiadają już zapewnione zaplecze organizacyjno-techniczne umożliwiające im realizację

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
						zadań, wynikające z ich roli jako organów kierujących jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.
148	Osoba fizyczna				Propozycja dodatku funkcjonalnego dla koordynatora do opieki długoterminowej. Jeżeli będzie to osoba pracująca np w PCPR to do swoich już obszernych obowiązków dojdzie jej jeszcze praca koordynatora, która musiałaby być zapłacona. Natomiast ustawa o tym nie wspomina.	Uwaga uwzględniona. Odniesienie jak przy uwadze lp. 147.
149	Polskie Towarzystwo Gerontologiczne	OSR - Art. 10 projektu ustawy	Art. 10. Do zadań koordynatora należy: 1) indywidualne wsparcie doradcze w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki długoterminowej dostosowanych do potrzeb i sytuacji osoby wymagającej tych usług i świadczeń;		Ustawodawca przewiduje dofinansowanie do utrzymania stanowiska pracy koordynatora w wysokości 3 500 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy w przypadku powiatów, w których liczba osób starszych przekracza 100 tys. Rozwiązanie to należy ocenić jako niewielki krok w kierunku wsparcia organizacyjnego jednostek samorządu terytorialnego, szczególnie przy braku adekwatnych norm zatrudnienia może ono okazać się niewystarczające dla zapewnienia realnego wykonywania zadań określonych w art. 10. W powiatach o dużej liczbie mieszkańców w wieku senioralnym, przekraczającej 100 tys. osób, przydzielenie jednego stanowiska koordynatora, nawet przy dofinansowaniu kosztów zatrudnienia, nie gwarantuje faktycznej dostępności indywidualnego wsparcia doradczego. Skala potencjalnych potrzeb znacząco przekracza możliwości jednej osoby, co w praktyce może prowadzić do	Uwaga uwzględniona. Zadanie związane z koordynacją opieki długoterminowej na poziomie powiatowym będzie zadaniem własnym powiatu. Natomiast projekt został zmodyfikowany – funkcję Koordynatora pełni kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w mieście na prawach powiatu: kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej lub, w przypadku jego przekształcenia w centrum usług społecznych, dyrektor centrum usług społecznych. Kierownicy tych jednostek posiadają już zapewnione zaplecze organizacyjno-techniczne umożliwiające im realizację zadań, wynikające z ich roli jako organów kierujących jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Zakres i skalę zadań koordynatorów określa przede wszystkim liczba podmiotów realizujących usług i świadczenia opieki długoterminowej w powiecie. Nie zawsze liczba tych podmiotów jest skorelowana z populacją

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagi	Jednostka redakcyjna	Aktualna treść	Proponowana treść	Uzasadnienie dla zmiany	Stanowisko projektodawcy
					<p>ograniczenia roli koordynatora do funkcji informacyjnej o charakterze ogólnym, zamiast indywidualnej pracy z osobą wymagającą opieki lub jej rodziną.</p> <p>W tym kontekście realność realizacji zadania, o którym mowa w art. 10 pkt 1, powinna być oceniana łącznie z przepisami określającymi minimalne standardy zatrudnienia koordynatorów w relacji do liczby osób starszych zamieszkujących dany powiat. Dopiero powiązanie dofinansowania stanowisk pracy z normą liczebności koordynatorów pozwala na rzeczywiste zapewnienie indywidualnego wsparcia doradczego, zgodnie z intencją ustawodawcy i celami projektowanej regulacji.</p>	<p>osób w wieku starszym. Ponadto definicja opieki długoterminowej nie określa wieku osób, które mogą skorzystać z tego wsparcia, odnosi się do wystąpienia potrzeby wsparcia. W związku z tym katalog usług i świadczeń obejmuje także instrumenty, które skierowane są do osób młodszych, w tym dzieci z niepełnosprawnościami. W związku z projektodawca nie zaproponował rozwiązań uzależniających liczbę koordynatorów w powiecie od określonych wskaźników.</p>

ROZPORZĄDZENIE

RADY MINISTRÓW

z dnia

w sprawie Programu Bonu Senioralnego

Na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się program na lata 2026–2028 pod nazwą „Program Bonu Senioralnego”, zwany dalej „Programem”, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Organ, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych, dysponuje środkami, o których mowa w § 3.

§ 3. 1. Program jest finansowany ze środków budżetu państwa.

2. Łączna kwota środków z budżetu państwa w całym okresie realizacji Programu wyniesie 1 000 000 000 zł.

3. Środki z budżetu państwa, o których mowa w ust. 2, w poszczególnych latach wynoszą:

- 1) 2026 r. – 100 000 000 zł;
- 2) 2027 r. – 400 000 000 zł;
- 3) 2028 r. – 500 000 000 zł.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Załącznik
do rozporządzenia
Rady Ministrów
z dnia
(Dz. U. poz.)

Program „Bon Senioralny” na lata 2026–2028

Warszawa, 2026

I. Wprowadzenie

Na koniec 2024 r. liczba ludności Polski wyniosła blisko 37,5 mln osób, w tym niemal 10 mln osób w wieku 60 lat i więcej (26,6% ludności Polski).

Wśród osób starszych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 65–69 lat, osiągając poziom 25,1%. Grupą rosnącą w ostatnich latach jest grupa osób w wieku 70–74 lata. Ich udział w subpopulacji osób starszych wyniósł 21,6%.

W 2024 r. większość osób starszych stanowiły kobiety (58,0%), przy czym liczba kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku, np. w grupie osób w wieku 85 lat i więcej kobiety stanowiły 71,9% (współczynnik feminizacji 256).

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego w 2024 r. przeciętny czas trwania życia mężczyzn zamieszkałych w miastach wynosił 75,07 lat i był o 0,4 roku dłuższy niż mężczyzn zamieszkałych na wsiach. Przeciętny czas trwania życia kobiet w miastach i na wsi wynosił odpowiednio: 82,3 i 82,2 lata¹.

Spadek liczby ludności ogółem i wzrost liczby ludności w wieku senioralnym skutkuje wzrostem wskaźnika tzw. obciążenia demograficznego osobami starszymi. Dynamiczny wzrost wskaźnika zauważalny jest od 2011 r. – w 2024 r. ukształtował się na poziomie 31,8.

Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego² wzrośnie od wartości 42 osoby w 2013 r. do 81 osób w 2050 r. (87 w miastach i 75 na wsi)³.

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 niemal 40% społeczeństwa. Co więcej 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%. Jednocześnie liczba osób w wieku produkcyjnym spadnie do nawet jedynie 15,8 mln osób.

Na proces starzenia się społeczeństwa ma wpływ wiele czynników tj. poprawa warunków życia, stały rozwój medycyny oraz świadomość społeczna, w tym zdrowy tryb życia i profilaktyka zdrowotna. Ważną rolę odgrywają również zmiany zachodzące w strukturze rodziny, rynku pracy, migracje czy zmiany kulturowe.

¹ Tablice trwania życia, GUS, Warszawa 2019 oraz Polska w liczbach 2019, GUS, Warszawa 2019.

² Całkowity współczynnik obciążenia demograficznego oznacza liczbę dzieci (0–14 lat) i starszych (65 lat i więcej) przypadającą na 100 osób w wieku 15–64 lat. Współczynnik składa się z dwóch mierników: współczynnika obciążenia demograficznego dziećmi oraz współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi, które w liczniku mają odpowiednio liczbę dzieci 0–14 lat lub osób starszych 65 i więcej. [cyt. za: Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, Warszawa 2015, s. 139].

³ Prognoza ludności na lata 2014–2050, GUS, Warszawa 2015, s. 140.

Wiele badań społecznych wskazuje na spadek samodzielności w radzeniu sobie z podstawowymi czynnościami życia codziennego wraz z wiekiem. Przykładowo, zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia (EU-SLIC) z 2023 r. 36,7% osób w wieku 60-74 lat oraz 64,6% osób w wieku 75 lat lub więcej wskazywało na ograniczenie w wykonywaniu czynności zwykle wykonywanych przez ludzi, które było spowodowane przez problemy ze zdrowiem, trwające co najmniej 6 miesięcy (wskaźnik GALI).

Osoby starsze znacznie częściej doświadczają różnego rodzaju trudności w zaspokojeniu swoich podstawowych czynności życiowych. Oznacza to, że w najbliższych dziesięcioleciach znacząco wzrośnie zapotrzebowanie na różnego rodzaju usług wsparcia dla seniorów.

Powyższe stwarza nowe, potężne wyzwania dla polityki publicznej państwa, w tym w obszarze polityki senioralnej.

W wielu krajach, w tym także w Polsce, dostęp do usług środowiskowych jest niewystarczający. W 2024 r. odsetek ośrodków pomocy społecznej/centrów usług społecznych, w których nie były realizowane usługi opiekuńcze (w tym specjalistyczne, sąsiedzkie) wyniósł ok. 11%. W związku z tym opieka jest często świadczona w sposób nieformalny, a obowiązki z nią związane są realizowane przez członków najbliższej rodziny, w tym przede wszystkim kobiety. Zostało to odnotowane także w projekcie Strategii Rozwoju Polski do roku 2035: „Aktywność zawodowa osób w wieku 50+ jest w Polsce relatywnie niska. Problem w szczególności dotyczy kobiet, których aktywność zawodowa jest wyraźnie niższa po 55. r.ż. (wykres 35). Tradycyjny podział ról w wielu rodzinach oraz przeciętnie niższe zarobki kobiet niż mężczyzn sprawiają, że w sytuacji konieczności opieki nad starszymi rodzicami to kobiety – zwłaszcza mieszkające na wsi – częściej rezygnują z pracy zawodowej i przejmują tę odpowiedzialność.” (zob. też: I. Magda, A. Kiełczewska, Praca a zdrowie i umiejętności poznawcze pokolenia 50+, w: Pokolenie 50+ w Polsce na tle Europy: aktywność, zdrowie i jakość życia. Wyniki na podstawie badania SHARE, red. M. Myck, M. Oczkowska, Centrum Analiz Ekonomicznych CenEA, Szczecin 2017). Opieka nad starszym członkiem rodziny może być zadaniem mocno obciążającym dla pozostałych członków rodziny. W szczególności ma to miejsce w sytuacjach znacznego pogorszenia sprawności psychofizycznej osoby starszej, wielochorobowości, czy też chorób neurodegeneracyjnych, które są charakterystyczne dla wieku starszego.

Sytuację komplikuje także fakt, że w ostatnich kilkudziesięciu latach, w wielu krajach osłabieniu uległy więzi społeczne. Zmienia się także model rodziny (brak potomstwa czy też opuszczenie przez dzieci miejscowości rodzinnej). Ponadto nawet w sytuacji zamieszkiwania w jednej miejscowości osoby starszej i jej bliskich, opieka może być utrudniona w związku z ich obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi. Dlatego też istnieje konieczność działania w zakresie rozwoju usług wsparcia.

Zapewnienie odpowiednich usług w miejscu zamieszkania, w tym w zakresie opieki, może przyczynić się do zmniejszenia presji na system ochrony zdrowia, np. ograniczyć liczbę kosztownych hospitalizacji

czy zapobiec lub opóźnić wystąpienie zaawansowanych potrzeb, które nie będą mogły zostać zaspokojone w miejscu zamieszkania osoby starszej. Stwarza warunki do funkcjonowania jak najdłużej w miejscu zamieszkania bez konieczności pobytu w domu pomocy społecznej. Celem jest ograniczenie ryzyka konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.

Program rządowy ma spowodować rozszerzenie wachlarza usług społecznych o usługi wsparcia dla seniorów, przede wszystkim tam, gdzie nie są w ogóle realizowane lub są realizowane w ograniczonym zakresie. Wsparcie państwa w zabezpieczeniu podstawowych, codziennych potrzeb osób starszych jest niezbędne zwłaszcza w przypadku gmin wiejskich oraz gmin, w których występuje deficyt usług opiekuńczych. Pozwoli ono na ich wzmocnienie w procesie adaptacji do dynamicznych zmian demograficznych. Stanowiąc będzie impuls do rozwoju tzw. srebrnej gospodarki.

II. Podstawa prawna programu

Podstawą prawną Programu Bonu Senioralnego, zwanego dalej „Programem”, jest art. 29 ustawy z dnia ... r. o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. ...), zwanej dalej „ustawą”.

Program realizuje przyjęte przez Radę Ministrów strategie: Strategię Rozwoju Polski do roku 2035 (załącznik do uchwały nr ... Rady Ministrów z dnia..., M.P. poz. ...) oraz Koncepcję Rozwoju Kraju 2050 (załącznik do uchwały nr 93 Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r., M.P. poz. 781).

Strategia Rozwoju Polski do roku 2035 przewiduje szeroki katalog działań składających się na rozwój opieki długoterminowej i wspierającej, który jest konieczny w warunkach starzenia się ludności. Wskazano, że opieka długoterminowa może mieć charakter formalny i nieformalny, przy czym opieka formalna w Polsce stanowi jedynie 20% udzielanej opieki długoterminowej. Pozostałe 80% to opieka nieformalna świadczona przez bliskich, najczęściej w wieku produkcyjnym. Może prowadzi to do trudności w godzeniu ról zawodowych i rodzinnych opiekunów nieformalnych i stanowić barierę dla wzrostu aktywności zawodowej. Podkreślono w ww. Strategii, że ważnym elementem odpowiedzi na te wyzwania będzie wzmocnianie kadr zawodów pomocowych, w tym personelu opiekuńczego oraz będzie prowadzony rozwój publicznych usług wsparcia.

III. Cel Programu

Celem Programu jest realizacja polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia seniorom.

Realizacja celu głównego będzie realizowana poprzez cele szczegółowe:

1. Zapewnienie seniorom wsparcia w zaspokojeniu podstawowych codziennych potrzeb życiowych.
2. Zapewnienie i rozwój usług wsparcia na rzecz seniorów, w szczególności na obszarach z deficytem usług.
3. Rozwój rynku pracy w sektorze usług skierowanych do seniorów.

IV. Adresaci programu

1. Program skierowany jest bezpośrednio do gmin w Polsce, w pierwszej kolejności do gmin, na terenie których do dnia złożenia zapotrzebowania na środki na realizację Programu nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze na rzecz seniorów, a w drugiej kolejności do gmin, na terenie których publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób. W dalszej kolejności Program jest bezpośrednio skierowany do gmin o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów do 2029 r.
2. Pośrednimi adresatami Programu są seniorzy wymagający wsparcia w zaspokajaniu podstawowych codziennych potrzeb życiowych.

V. Zakres podmiotowy i przedmiotowy programu

1. Program będzie realizowany w latach 2026–2028, przy czym w roku 2026 będzie realizowany w IV kwartale.
2. Program finansuje organizację usług wsparcia w gminie w zakresie podstawowych codziennych czynności życia dla seniorów w ich miejscu zamieszkania.
3. Minimalne wymogi wobec osoby świadczącej usługi bonu senioralnego:
 - 1) jest osobą pełnoletnią;
 - 2) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi bonu senioralnego;
 - 3) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi bonu senioralnego;
 - 4) jest zdolna pod względem psychofizycznym do świadczenia usług bonu senioralnego;
 - 5) odbędzie szkolenie z zakresu opieki nad seniorem;
 - 6) ukończyła z wynikiem pozytywnym szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.
4. Wsparciem Programu zostaną objęci seniorzy, którzy ukończyli 65. rok życia oraz spełniają inne kryteria określone w ustawie.
5. Gmina kwalifikuje seniorów do zawarcia umowy na realizację bonu senioralnego, uwzględniając wysokość przyznanego finansowania.
6. Podstawą kwalifikacji, o której mowa w pkt 5, jest ocena przez gminę potrzeb seniora w zakresie podstawowych codziennych potrzeb życiowych.
7. Realizacja bonu senioralnego następuje na podstawie umowy zawieranej między gminą a seniorem, której przedmiotem jest świadczenie usług wsparcia organizowanych ze środków Programu. Umowa określa zakres świadczonego wsparcia.
8. Organizatorem usług wsparcia jest gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania seniora.
9. Gmina może realizować usługi bonu senioralnego samodzielnie lub zlecić realizację innemu podmiotowi na podstawie przepisów odrębnych.

VI. Finansowanie Programu oraz warunki przyznawania gminom środków z dotacji celowej z budżetu państwa na realizację Programu

1. W ramach Programu gminom udziela się wsparcia finansowego w formie dotacji celowych z budżetu państwa.
2. Gmina zgłasza zapotrzebowanie, w ujęciu rocznym, na środki z budżetu państwa na realizację Programu, wypełniając formularz zapotrzebowania, który zostanie przekazany za pośrednictwem wojewody.
3. Wojewoda na podstawie złożonych przez gminy zapotrzebowań przekazuje tym gminom dotację na realizację Programu. Niewykorzystana kwota dotacji podlega zwrotowi na zasadach przewidzianych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, 1844 i 1846).
4. Wojewodowie przy szacowaniu zapotrzebowania na środki na realizację Programu uwzględniają przyznany na dane województwo limit, zapotrzebowania złożone przez poszczególne gminy oraz liczbę osób w wieku 65 lat i więcej w danej gminie.
5. Propozycję podziału środków z budżetu państwa na realizację Programu z podziałem na województwa opracowuje Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej.
6. Pierwszeństwo otrzymania finansowania w ramach Programu mają gminy, w których nie były do dnia złożenia zapotrzebowania realizowane publiczne usługi opiekuńcze, a w drugiej kolejności gminy, w których publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób. W dalszej kolejności pierwszeństwo otrzymania finansowania w ramach Programu mają gminy o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów do 2029 r.
7. W przypadku, gdy wysokość środków przyznanych danej gminie nie jest wystarczająca, aby zrealizować zadania w ramach Programu, wojewoda może zwiększyć przyznany limit dla tej gminy z puli środków, jakimi dysponuje na jego realizację.
8. Wojewoda ostatecznie decyduje o: wysokości kwoty przyznawanej gminom, zwiększeniu kwoty przyznanej dla danej gminy, w przypadku rezygnacji lub niepełnego wykorzystania przyznanych środków przez inne gminy, bądź nieprzystąpienia do Programu wszystkich gmin w województwie.
9. Gminy, zgłaszając do właściwego wojewody zapotrzebowanie na środki na dofinansowanie realizacji zadań w ramach Programu, uwzględniają w szczególności:
 - 1) przewidywaną liczbę osób w wieku 65 lat i więcej, które zostaną objęte bonem senioralnym;
 - 2) przewidywaną liczbę osób świadczących usługi w ramach bonu senioralnego.
10. Przystąpienie przez gminę do realizacji Programu nie jest równoznaczne z przyznaniem środków we wnioskowanej wysokości.

11. W okresie realizacji Programu nie może ulec zmniejszeniu w gminie liczba osób korzystających z publicznych usług opiekuńczych oraz liczba osób korzystających z usług asystencji osobistej dofinansowanych z programów resortowych.

VII. Zadania podmiotów realizujących Program

1. Do zadań Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej należy:

- 1) opracowanie Programu;
- 2) dokonanie podziału na województwa środków z budżetu państwa zaplanowanych, z przeznaczeniem na realizację Programu, uwzględniając w pierwszej kolejności gminy, na terenie których nie są realizowane publiczne usługi opiekuńcze lub publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób lub prognozę (dynamikę) wzrostu liczby i odsetka seniorów w województwie na podstawie dostępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego;
- 3) złożenie wniosku do Ministra Finansów i Gospodarki w zakresie podziału środków, o których mowa w pkt 2, na województwa z przeznaczeniem na realizację Programu;
- 4) nadzór nad realizacją Programu;
- 5) przygotowanie wzorów sprawozdań z realizacji Programu;
- 6) dokonanie analizy końcowych sprawozdań wojewodów z realizacji Programu oraz sporządzenie zbiorczego sprawozdania końcowego.

2. Do zadań wojewody należy:

- 1) weryfikacja złożonych przez gminy zapotrzebowań na środki finansowe na realizację Programu;
- 2) dokonanie podziału na gminy środków z budżetu państwa, z przeznaczeniem na realizację Programu, uwzględniając w pierwszej kolejności gminy na terenie których nie są realizowane publiczne usługi opiekuńcze lub publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób lub prognozę (dynamikę) wzrostu liczby i odsetka seniorów w gminach na podstawie dostępnych danych Głównego Urzędu Statystycznego;
- 3) złożenie do Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej zapotrzebowania na środki na realizację Programu;
- 4) wystąpienie do Ministra Finansów i Gospodarki o wydanie decyzji zwiększającej plan finansowy wojewody, zgodnie z propozycją przedstawioną przez Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej;

- 5) weryfikacja oraz zatwierdzanie końcowych sprawozdań z realizacji Programu opracowanych przez gminy;
- 6) przekazanie do Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej sprawozdania końcowego z realizacji Programu na terenie danego województwa;
- 7) realizacja kontroli gmin, jako realizatorów zadania zleconego z zakresu administracji rządowej, w trybie przepisów o kontroli w administracji rządowej oraz koordynacja i monitorowanie realizacji Programu w gminach, w tym jakości świadczonych usług i kwalifikacji osób je wykonujących;
- 8) udzielanie informacji gminom oraz osobom zainteresowanym w zakresie działania Programu.

3. Do zadań gminy należy:

- 1) realizacja Programu w gminie, w tym organizacja realizacji;
- 2) rozeznanie potrzeb osób w wieku 65 lat i więcej w danej gminie w zakresie przedmiotowym Programu;
- 3) złożenie do właściwego wojewody, za pośrednictwem formularza, zapotrzebowania na środki na realizację Programu uwzględniając liczbę osób w wieku 65 lat i więcej;
- 4) monitorowanie jakości świadczonych usług wsparcia w realizacji Programu, w tym zadowolenia seniorów z tych usług;
- 5) przekazanie wojewodzie sprawozdania końcowego z realizacji Programu;
- 6) upowszechnienie informacji o przystąpieniu przez gminę do realizacji Programu poprzez umieszczenie ogłoszenia w przedmiotowej kwestii w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie realizatora Programu oraz na stronie internetowej i/lub profilu w internetowych serwisach społecznościowych.

VIII. Monitoring Programu

1. Końcowe sprawozdanie z realizacji Programu wójt/burmistrz/prezydent miasta przekazuje do wojewody w terminie do dnia 29 stycznia każdego roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w pkt 1, uwzględnia dane z poszczególnych gmin, w tym m.in.:
 - liczbę uruchomionych usług bonu senioralnego;
 - rzeczywistą liczbę osób objętych bonem senioralnym;
 - koszt realizacji usługi bonu senioralnego;
 - liczbę osób świadczących bon senioralny, w tym zatrudnionych do realizacji bonu senioralnego;

- wyniki monitorowania jakości usług bonu senioralnego, w tym ocenę zadowolenia seniorów ze świadczonych usług.
- 3. Końcowe sprawozdanie z realizacji Programu z terenu województwa, wojewoda przekazuje do Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej w terminie do dnia 31 marca każdego roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.
- 4. Sprawozdania, o których mowa w pkt 1 i 3, są przekazywane w postaci elektronicznej, za pośrednictwem formularza opracowanego przez Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej.
- 5. Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej sporządza zbiorcze sprawozdanie końcowe z realizacji Programu w terminie do 15 maja roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.

IX. Przetwarzanie danych osobowych

1. Przetwarzanie danych osobowych w Programie powinno odbywać się zgodnie rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 04.05.2016 r., str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018 r., str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021 r., str. 35.), zwanym dalej „RODO”, i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 oraz z 2026 r. poz. 252).
2. Administratorem danych osobowych beneficjentów oraz osób zaangażowanych w realizację Programu jest gmina. Gmina zobowiązana jest w szczególności do przekazania seniorom i osobom fizycznym zaangażowanym w realizację Programu informacji wskazanych w art. 13 lub art. 14 RODO, w szczególności w zakresie udostępniania ich danych w celu przeprowadzania czynności monitoringowych, sprawozdawczych oraz kontrolnych.

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z wymienionym przepisem Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, Program Bonu Senioralnego, zwany dalej „Programem”, obejmujący:

- 1) szczegółowy sposób przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji,
- 2) podmioty przyznające i realizujące bon senioralny,
- 3) sposób i tryb finansowania bonu senioralnego,
- 4) sposób monitorowania realizacji Programu oraz podmioty monitorujące

– mając na względzie potrzeby seniorów w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, zapewnienie prawidłowości, sprawności oraz jednolitości przyznawania i realizacji bonu senioralnego oraz aktualne cele polityki senioralnej.

Zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy Program jest przyjmowany na okresy 3 letnie. W związku z powyższym obecnie określa się Program na lata 2026-2028, który stanowi załącznik do projektowanego rozporządzenia.

Realizacja Programu będzie należała do gmin.

Finansowanie Programu będzie zapewnione ze środków budżetu państwa, których dysponentem będzie organ, o którym mowa w art. 3 ustawy. W latach 2026-2028 łączna kwota środków na realizację Programu wyniesie 1 000 000 000 zł.

Program będzie korespondował z działaniami po stronie systemu ochrony zdrowia w zakresie wsparcia osób wymagających stałego wsparcia opiekuńczego, w tym stopnia ich samodzielności.

Załącznik do projektowanego rozporządzenia określa Program Bonu Senioralnego.

We „Wprowadzeniu” wskazano kluczowe dane leżące u podstaw potrzeby ustanowienia Programu w celu realizacji polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia osobom, które ukończyły 65. rok życia. Kluczowe znaczenie mają prognozy demograficzne wskazujące na dynamiczny wzrost liczby osób starszych w Polsce w najbliższych dziesięcioleciach, z czym wiąże się rosnące zapotrzebowanie na różnego rodzaju wsparcie dla seniorów.

Program ma spowodować wzbogacenie usług społecznych o usługi wsparcia dla seniorów, które pozwolą na ich funkcjonowanie jak najdłużej w miejscu zamieszkania, a tym samym ograniczenie ryzyka konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.

Wsparcie państwa w zabezpieczeniu podstawowych, codziennych potrzeb osób starszych jest niezbędne zwłaszcza w przypadku gmin, gdzie publiczne usługi opiekuńcze nie są w ogóle realizowane lub są realizowane w ograniczonym zakresie.

Celem Programu jest realizacja polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia seniorom.

Program skierowany jest bezpośrednio do gmin w Polsce, przy czym zaznaczono, że w pierwszej kolejności do tych, na terenie których do dnia złożenia zapotrzebowania na środki na realizację Programu nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze na rzecz seniorów, a w drugiej kolejności do gmin, na terenie których publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób (tj. z deficytem usług). W wielu krajach, w tym także w Polsce, dostęp do usług środowiskowych jest niewystarczający. W 2024 r. odsetek ośrodków pomocy społecznej/centrów usług społecznych, w których nie były realizowane usługi opiekuńcze (w tym specjalistyczne, sąsiedzkie) wyniósł ok. 11%. W dalszej kolejności Program jest bezpośrednio skierowany do gmin o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów do 2029 r. Adresatami Programu są również seniorzy wymagający wsparcia w zaspokajaniu podstawowych codziennych potrzeb życiowych.

W ramach „Zakresu podmiotowego i przedmiotowego Programu” wskazano, że Program ma finansować organizację usług wsparcia w gminie w zakresie podstawowych codziennych czynności życia dla seniorów w ich miejscu zamieszkania. Wsparciem w ramach Programu zostaną objęci seniorzy, którzy ukończyli 65. rok życia oraz spełniają inne kryteria określone w ustawie, których gmina zakwalifikuje do zawarcia umowy na realizację bonu senioralnego, uwzględniając wysokość przyznanego finansowania. Podstawą kwalifikacji będzie ocena potrzeb seniora w zakresie podstawowych codziennych potrzeb życiowych dokonywana przez gminę.

Określono również minimalne wymagania wobec osoby świadczącej usługi bonu senioralnego, m.in. w zakresie zrealizowania szkolenia z zakresu opieki nad seniorem oraz ukończenia z wynikiem pozytywnym szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Ponadto dookreślono, że organizatorem usług wsparcia jest gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania seniora. Może ona realizować usługi bonu senioralnego samodzielnie lub zlecić ich realizację innemu podmiotowi na podstawie przepisów odrębnych.

Program zawiera również postanowienia dotyczące jego finansowania oraz warunków przyznawania gminom środków z dotacji celowej z budżetu państwa na realizację Programu.

Wymieniono również poszczególne zadania podmiotów realizujących Program, tj. Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej, wojewodów oraz gmin.

W ramach „Monitoringu Programu” wyjaśniono kwestie związane ze sprawozdawczością, w tym terminami na sporządzenie sprawozdań z realizacji Programu przez gminy oraz wojewodów. Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej będzie sporządzał zbiorcze sprawozdanie końcowe z realizacji Programu w terminie do 15 maja roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu 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) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia nie narusza przepisów prawa Unii Europejskiej dotyczących równego traktowania kobiet i mężczyzn.

Projekt, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677 oraz z 2026 r. poz. 160) oraz § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404), został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów w zakładce „Projekty aktów prawnych” oraz na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”.

<p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia w sprawie Programu Bonu Senioralnego</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Marzena Okła-Drewnowicz, Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Marlena Muszyńska Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Kancelaria Prezesa Rady Ministrów e-mail: DS@kprm.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 2026-04-29</p> <p>Źródło Upoważnienie ustawowe: art. 29 ust. 1 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych</p> <p>Nr w Wykazie prac</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą o koordynacji opieki długoterminowej”. Zgodnie z wymienionym przepisem Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, Program obejmujący:

- 1) szczegółowy sposób przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji,
- 2) podmioty przyznające i realizujące bon senioralny,
- 3) sposób i tryb finansowania bonu senioralnego,
- 4) sposób monitorowania realizacji Programu oraz podmioty monitorujące

– mając na względzie potrzeby seniorów w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, zapewnienie prawidłowości, sprawności oraz jednolitości przyznawania i realizacji bonu senioralnego oraz aktualne cele polityki senioralnej.

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

Program będzie ustalony na lata 2026–2028. Nadzór nad realizacją Programu oraz dysponowanie środkami na jego realizację prowadzi organ do spraw polityki senioralnej, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. ...).

Załącznik do projektowanego rozporządzenia określa:

1. cele Programu;
2. adresatów Programu;
3. zakres przedmiotowy i podmiotowy Programu;
4. finansowanie Programu oraz warunki przyznawania gminom środków z dotacji celowej z budżetu państwa na realizację Programu;
5. zadania podmiotów realizujących Program;
6. zasady monitorowania Programu.

Ad 1.

Celem Programu będzie realizacja polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia seniorom. Realizacja celu głównego będzie realizowana poprzez cele szczegółowe:

1. zapewnienie seniorom wsparcia w zaspokojeniu podstawowych codziennych potrzeb życiowych;
2. zapewnienie i rozwój usług wsparcia na rzecz seniorów, w szczególności na obszarach z deficytem usług;
3. rozwój rynku pracy w sektorze usług skierowanych do seniorów (element tzw. srebrnej gospodarki).

Ad 2.

Program skierowany będzie do gmin w Polsce, w pierwszej kolejności do gmin, na terenie których do dnia złożenia zapotrzebowania na środki na realizację Programu nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze na rzecz seniorów, a w drugiej kolejności do gmin, na terenie których publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób. W dalszej kolejności Program jest bezpośrednio skierowany do gmin o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów do 2029 r.

Ad 3.

W ramach Programu gmina będzie mogła uzyskać finansowanie na organizację usług wsparcia w zakresie podstawowych codziennych czynności życia dla seniorów w ich miejscu zamieszkania.

Osoba, która będzie mogła świadczyć usługi bonu senioralnego:

- 1) jest osobą pełnoletnią;
- 2) nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której są świadczone usługi bonu senioralnego;
- 3) nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym ani zstępnym osoby, na rzecz której są świadczone usługi bonu senioralnego;
- 4) jest zdolna pod względem psychofizycznym do świadczenia usług bonu senioralnego;
- 5) odbędzie szkolenie z zakresu opieki nad seniorem;
- 6) ukończyła z wynikiem pozytywnym szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Wsparciem Programu zostaną objęci seniorzy, którzy ukończyli 65. rok życia oraz spełniają inne kryteria określone w art. 26–27 ustawy o koordynacji opieki długoterminowej. 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 podlegała waloryzacji raz do roku, w terminie waloryzacji emerytur i rent z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wskaźnikiem waloryzacji tych świadczeń i w terminach przeprowadzania waloryzacji tych świadczeń.

Podstawą kwalifikacji seniora do uzyskania bonu senioralnego jest ocena przez gminę potrzeb seniora w zakresie podstawowych codziennych potrzeb życiowych.

Realizacja bonu senioralnego następować będzie na podstawie umowy zawieranej między gminą a seniorem, której przedmiotem jest świadczenie usług wsparcia organizowanych ze środków Programu. Umowa będzie określała zakres świadczonego wsparcia.

Gmina będzie mogła realizować usługi bonu senioralnego samodzielnie lub zlecić realizację innemu podmiotowi na podstawie przepisów odrębnych.

Ad 4.

Gmina ubiegająca się o uzyskanie środków w ramach Programu, zgłaszać będzie do Wojewody zapotrzebowanie, w ujęciu rocznym, na środki z budżetu państwa na realizację Programu. Następować to będzie za pomocą formularza zapotrzebowania, który zostanie przekazany za pośrednictwem wojewody.

Pierwszeństwo otrzymania finansowania w ramach Programu otrzymają gminy, w których do dnia złożenia zapotrzebowania nie były realizowane publiczne usługi opiekuńcze. W drugiej kolejności uwzględniane będą gminy, w których publiczne usługi opiekuńcze są świadczone dla nie więcej niż 10 osób. W dalszej kolejności pierwszeństwo otrzymania finansowania w ramach Programu będą miały gminy o najwyższej prognozowanej dynamice wzrostu liczby i odsetka seniorów do 2029 r.

Wojewoda na podstawie złożonych przez gminy formularzy przekazuje tym gminom dotację na realizację Programu. Niewykorzystana kwota dotacji podlega zwrotowi na zasadach przewidzianych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, 1844 i 1846 oraz z 2026 r. poz. 426).

Wojewoda ostatecznie decyduje o: wysokości kwoty przyznawanej gminom, zwiększeniu kwoty przyznanej dla danej gminy, w przypadku rezygnacji lub niepełnego wykorzystania przyznanych środków przez inne gminy, bądź nieprzystąpienia do Programu wszystkich gmin w województwie

Wojewodowie przy określaniu zapotrzebowania na środki na realizację Programu uwzględniać będą przyznany na dane województwo limit, zapotrzebowania złożone przez poszczególne gminy oraz liczbę osób w wieku 65 lat i więcej w danej gminie.

Propozycję podziału środków z budżetu państwa na realizację Programu z podziałem na województwa opracowuje Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej.

Ad 5.

Do zadań Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej będzie należało:

- 1) opracowanie Programu;

- 2) dokonanie podziału na województwa środków z budżetu państwa;
- 3) złożenie wniosku do Ministra Finansów i Gospodarki w zakresie podziału ww. środków na województwa;
- 4) nadzór nad realizacją Programu;
- 5) przygotowanie wzorów sprawozdań z realizacji Programu;
- 6) dokonanie analizy końcowych sprawozdań wojewodów z realizacji Programu oraz sporządzenie zbiorczego sprawozdania końcowego.

Do zadań wojewody należeć będzie:

- 1) weryfikacja złożonych przez gminy zapotrzebowań na środki finansowe na realizację Programu;
- 2) dokonanie podziału na gminy środków z budżetu państwa;
- 3) złożenie do Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej zapotrzebowania na środki na realizację Programu;
- 4) wystąpienie do Ministra Finansów i Gospodarki o wydanie decyzji zwiększającej plan finansowy wojewody, zgodnie z propozycją przedstawioną przez Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej;
- 5) weryfikacja oraz zatwierdzanie końcowych sprawozdań z realizacji Programu opracowanych przez gminy;
- 6) przekazanie do Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej sprawozdania końcowego z realizacji Programu;
- 7) realizacja kontroli realizacji przez gminy Programu, jako zadania zleconego z zakresu administracji rządowej, w trybie przepisów o kontroli w administracji rządowej, oraz koordynacja i monitorowanie realizacji Programu w gminach, w tym jakości świadczonych usług i kwalifikacji osób je wykonujących;
- 8) udzielanie informacji gminom oraz osobom zainteresowanym w zakresie działania Programu.

Do zadań gminy należeć będzie:

- 1) realizacja Programu w gminie, w tym organizacja tej realizacji;
- 2) rozeznanie potrzeb osób w wieku 65 lat i więcej w danej gminie w zakresie przedmiotowym Programu;
- 3) złożenie do właściwego wojewody, za pośrednictwem formularza, zapotrzebowania na środki na realizację Programu;
- 4) monitorowanie jakości świadczonych usług wsparcia w realizacji Programu, w tym zadowolenia seniorów z tych usług;
- 5) przekazanie wojewodzie sprawozdania końcowego z realizacji Programu;
- 6) upowszechnienie informacji o przystąpieniu przez gminę do realizacji Programu poprzez umieszczenie ogłoszenia w przedmiotowej kwestii w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie realizatora Programu oraz na stronie internetowej i/lub profilu w internetowych serwisach społecznościowych.

Ad 6.

Sprawozdanie z realizacji Programu na poziomie gminy przekazywane będzie do wojewody w terminie do dnia 29 stycznia każdego roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.

Sprawozdanie uwzględniać będzie m.in.:

- liczbę uruchomionych usług bonu senioralnego;
- rzeczywistą liczbę osób objętych bonem senioralnym;
- koszt realizacji usługi bonu senioralnego;
- liczbę osób świadczących bon senioralny, w tym zatrudnionych do realizacji bonu senioralnego;
- wyniki monitorowania jakości usług bonu senioralnego, w tym ocenę zadowolenia seniorów ze świadczonych usług.

Sprawozdanie z realizacji Programu na poziomie województwa będzie przekazywane do Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej w terminie do dnia 31 marca każdego roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.

Ww. sprawozdania będą przekazywane w postaci elektronicznej, za pośrednictwem formularza opracowanego przez Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej.

Zbiorcze sprawozdanie z realizacji Programu sporządzane będzie przez Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej w terminie do 15 maja roku następującego po roku, w którym realizowany był Program, począwszy od roku 2027.

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

W poszczególnych państwach Unii Europejskiej istnieją zróżnicowane rozwiązania dotyczące zapewnienia świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, a w ramach tego systemu – wsparcia związanego z usługami opiekuńczymi o charakterze niemedyceńskim 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 zrekomensowanie 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 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 rodziny¹.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Seniorzy (osoby w wieku 65+)	7 725 tys. osób (2024 r.)	Bank danych lokalnych, GUS	Możliwość uzyskania wsparcia w ramach

¹ 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.

			Programu Bonu Senioralnego.
Organ ds. polityki senioralnej – organ o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia ... o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych (Dz. U. ...).	1	dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych m.in. z opracowaniem Programu, podział środków, nadzór nad realizacją Programu, sporządzenie zbiorczego sprawozdania końcowego
Wojewodowie	16	Dane administracyjne	Realizacja zadań w zakresie m.in. podziału na gminy środków z budżetu państwa, nadzoru oraz koordynacji i monitorowanie realizacji Programu w gminach.
Gminy	2479 (2025 r.)	GUS: https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/	Realizacja Programu w gminie, monitorowanie jakości świadczonych usług wsparcia w realizacji Programu, opracowanie sprawozdania z realizacji Programu.
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.
Gminy w których w 2025 r. nie były świadczone usługi opiekuńcze w rozumieniu art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2025 poz. 1214 z późn. zm.)	299	MRPiPS	Gminy, które będą miały pierwszeństwo w dostępie do uzyskania dofinansowania w ramach Programu.
Gminy w których w 2025 r. usługi opiekuńcze w rozumieniu art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2025 poz. 1214 z późn. zm.)	788	MRPiPS	Gminy, które będą miały pierwszeństwo w dostępie do uzyskania dofinansowania w ramach Programu.

były świadczone dla co najwyżej 10 osób			
---	--	--	--

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

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) oraz § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) projekt został zamieszczony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”.

Projekt zostanie przekazany do opinii reprezentatywnym organizacjom związków zawodowych, pracodawców, Radzie Dialogu Społecznego.

Projekt zostanie skierowany do uzgodnień, opiniowania oraz konsultacji publicznych.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem												
budżet państwa												
budżet JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem		100	400	500								1000
wydatki na Program Bonu Senioralnego		100	400	500								1000
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem		-100	-400	-500								-1000
budżet państwa		-100	-400	-500								-1000
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania
Wydatki związane z wejściem w życie rozporządzenia zostaną sfinansowane ze środków budżetu państwa z części 83 – Rezerwa celowa.
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.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń
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 Program przewiduje wydatki na cały okres obowiązywania w wysokości 1 miliarda złotych.
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>Biorąc pod uwagę przeciętne wynagrodzenie pracownika świadczącego usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych w 2025 r. wyniosło około 5700 brutto (https://wynagrodzenia.pl/moja-placa/ile-zarabia-opiekunka-osob-starszych), 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>Rok oznaczony 1 to 2026 r.</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	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. Ułatwienie dla zstępnych seniorów podjęcia pracy, w tym w niepełnym wymiarze, dzięki wsparciu seniorów, nad którymi zstępni sprawują opiekę, w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.						
Niemierzalne	Osoby w wieku 60/65 lat lub więcej	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

<input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegółowy w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy

Komentarz

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	
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input checked="" type="checkbox"/> inne: pomoc społeczna
	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Realizacja Programu przyczyni się do zwiększenia dostępności do usług wspierających osoby starsze w realizacji potrzeb życia codziennego, w szczególności w gminach w których nie realizowane są usługi opiekuńcze w ramach systemu pomocy społecznej lub ich liczba jest niska.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Brak.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak.	