

# Monitorowanie opieki długoterminowej z uwzględnieniem jakości opieki

Stan obecny i propozycje zmian

Warszawa, sierpień 2026 r.

## Spis treści

|                                                                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Wprowadzenie .....                                                                                                                                                    | 3  |
| Skróty .....                                                                                                                                                          | 4  |
| 1. Jakość opieki długoterminowej – ujęcie międzynarodowe .....                                                                                                        | 5  |
| 2. Zakres opieki długoterminowej w Polsce .....                                                                                                                       | 6  |
| 3. Definicja jakości opieki długoterminowej .....                                                                                                                     | 8  |
| 4. Rozwiązania międzynarodowe – definicja opieki długoterminowej.....                                                                                                 | 9  |
| 5. System monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich jakości.....                                                                                   | 11 |
| 5.1. Dane statystyczne do monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej –<br>usługi i świadczenia społeczne.....                                             | 12 |
| 5.2. Dane statystyczne do monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej –<br>usługi i świadczenia w systemie ochrony zdrowia.....                            | 13 |
| 5.3. Dane statystyczne do monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej -<br>podsumowanie.....                                                               | 15 |
| 5.4. Badania Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) .....                                                                                             | 16 |
| 5.5. Informacje pozyskiwane przez świadczeniodawców oraz jednostki pomocy<br>społecznej na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej - wyniki ankiety OECD ..... | 16 |
| 5.6. Rejestracja zdarzeń niepożądanych / nadzwyczajnych .....                                                                                                         | 17 |
| 5.6.1. Zdarzenia niepożądane w systemie ochrony zdrowia .....                                                                                                         | 18 |
| 5.6.2. Zdarzenia nadzwyczajne w systemie pomocy społecznej.....                                                                                                       | 18 |
| 6. Wskaźniki monitorujące jakość opieki długoterminowej .....                                                                                                         | 20 |
| 6.1. Rekomendacje OECD w zakresie systemu wskaźników monitorujących jakość opieki<br>długoterminowej.....                                                             | 21 |
| 7. Zintegrowany system monitorowania i gromadzenia danych oraz ich wykorzystania do<br>celów oceny jakości opieki długoterminowej - propozycja.....                   | 24 |
| 7.1. Ramy zarządzania jakością opieki długoterminowej .....                                                                                                           | 25 |
| 7.2. Gromadzenie danych i informacji na temat opieki długoterminowej, w tym zestaw<br>wskaźników monitorujących .....                                                 | 27 |
| 7.3. Informowanie o wynikach monitorowania opieki długoterminowej.....                                                                                                | 28 |

## Wprowadzenie

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, Polska zobowiązała się do realizacji reformy A4.6 *Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej*. W ramach tej reformy realizowany jest m.in. kamień milowy A70G, którego jednym z elementów jest:

*Opublikowanie dokumentu, w którym zaproponowana zostanie zharmonizowana definicja jakości opieki długoterminowej w ramach systemów opieki społecznej i opieki zdrowotnej, a także system monitorowania i gromadzenia danych oraz ich wykorzystania do celów oceny jakości opieki długoterminowej<sup>1</sup>.*

Raport ma na celu zaproponowanie definicji jakości opieki długoterminowej w Polsce oraz sposobów wdrożenia tej definicji, opisanie głównych wyzwań związanych z obszarem monitorowania i oceny jakości opieki długoterminowej w Polsce. W ostatnim rozdziale raportu zaprezentowana została propozycja systemu monitorowania jakości opieki długoterminowej wraz z postulatami działań niezbędnych do podjęcia w celu pełnego wdrożenia tego systemu.

Raport powstał z wykorzystaniem wyników projektu pt. „Developing a framework for monitoring the quality of long-term care (LTC) in Poland” realizowanego przez Dyрекcję ds. Zatrudnienia, Pracy i Spraw Społecznych OECD we współpracy z Departamentem Polityki Senioralnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Projekt finansowany jest przez KE (Reform and Investment Task Force, SG REFORM) w ramach Instrumentu Wsparcia Technicznego (REFORM/IM2025/004).

---

<sup>1</sup> In addition to the changes in the legal framework, Poland shall take the following measures: (...) publish a document proposing a harmonised definition of quality of long-term care in the social and healthcare systems and a system of monitoring and data gathering and its use for the evaluation of quality in the long-term care.

## Skróty

CMJ – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

GUS – Główny Urząd Statystyczny

KE – Komisja Europejska

MRPiPS – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

UE – Unia Europejska

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

# 1. Jakość opieki długoterminowej – ujęcie międzynarodowe

WHO definiuje jakość w opiece długoterminowej w sposób szeroki, koncentrując się na tym, jak interwencje z obszaru opieki długoterminowej wpływają na dobrostan i jakość życia danej osoby.

*“Jakość opieki długoterminowej to stopień, w jakim usługi opieki (dla osób i populacji doświadczających lub zagrożonych spadkiem zdolności wewnętrznych i funkcjonalnych) przyczyniają się do maksymalizacji dobrostanu i jakości życia oraz zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia wyników osobistych i zdrowotnych zgodnych z indywidualnymi preferencjami, prawami człowieka i godnością zarówno użytkowników opieki, jak i ich opiekunów. Wysokiej jakości usługi opieki długoterminowej promują i utrzymują funkcjonalność oraz rekompensują straty, niezależnie od procesów, które do nich doprowadziły, i są uzupełnieniem celów usług zdrowotnych, ostatecznie dążąc do poprawy jakości życia, dobrostanu, autonomii i niezależności.”<sup>2</sup>*

Podejście WHO do jakości podkreśla kluczowe zasady oraz proces zarządzania jakością. Jakość traktuje usługi jako skuteczne, bezpieczne i skoncentrowane na osobie, a także terminowe, sprawiedliwe, zintegrowane i efektywne. Oznacza to, że szeroki zakres odpowiednich i adekwatnych usług opieki długoterminowej powinien być łatwo dostępny i nie powinien stanowić nadmiernego obciążenia finansowego dla osób otrzymujących opiekę i ich rodzin. Ponadto WHO podkreśla, że usługi opieki długoterminowej powinny uwzględniać odbiorców opieki, ich preferencje, potrzeby i wartości. Jakość usług ma istotny wpływ na odbiorców opieki oraz pozwala minimalizować wszelkie formy szkód dla jednostki, w tym zapobiega niepożądanym skutkom zdrowotnym mogącym wynikać z opieki. Zgodnie z tym, jakość w opiece długoterminowej nie może być zatem definiowana ani mierzona wyłącznie na podstawie osiągnięcia określonych wyników zdrowotnych. WHO podkreśla, że koncepcje jakości w opiece długoterminowej różnią się w zależności od tego, jak opieka jest rozumiana – czy jako dobro publiczne, regulowana usługa społeczna, czy usługa oparta głównie na relacjach międzyludzkich – odzwierciedlając perspektywy różnych interesariuszy.<sup>3</sup>

Na poziomie UE jakość w opiece długoterminowej jest wyrażana poprzez zestaw wspólnych zasad jakości określonych w Zaleceniach Rady z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej.<sup>4</sup> Zasady te mają zastosowanie do wszystkich podmiotów świadczących opiekę długoterminową, niezależnie od ich statusu

<sup>2</sup> WHO (2024), *Promoting quality management in long-term care: Principles, key components and directions for policy action*, WHO Regional Office for Europe, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10957-50729-76831>

<sup>3</sup> OECD (2026), *Recommendations report on a new integrated framework for the quality of long-term care*. (dokument niepublikowany)

<sup>4</sup> [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022H1215(01))

prawnego, i we wszystkich miejscach świadczenia opieki. Zgodnie z Zaleceniami, do zasad tych należą:

- szacunek;
- profilaktyka;
- podejście ukierunkowane na człowieka;
- kompleksowość i ciągłość;
- skupienie na efektach;
- przejrzystość;
- siła robocza;
- miejsca świadczenia opieki.

Opierając się na tych zasadach, KE zaleca państwom członkowskim ustanowienie krajowych ram jakości dla opieki długoterminowej, wspieranych mechanizmami zapewnienia jakości. Mechanizmy te mają zapewnić zgodność ze standardami jakości u wszystkich dostawców, niezależnie od ich statusu prawnego i we wszystkich miejscach świadczenia opieki, zachęcać do ciągłego doskonalenia jakości wykraczające poza minimalne standardy, przydzielać zasoby do zarządzania jakością na wszystkich poziomach zarządzania, integrować wymagania jakości z zamówieniami publicznymi tam, gdzie to istotne, promować autonomię i integrację ze społecznością oraz zapewniać ochronę przed nadużyciami, zaniedbaniem i przemocą zarówno dla odbiorców opieki, jak i opiekunów.

## 2. Zakres opieki długoterminowej w Polsce

Poprzez opiekę długoterminową rozumie się system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub 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.

Powyższa definicja została wprowadzona ustawą z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej (Dz. U. 2026 poz. 986). Stanowi ona punkt wyjścia do prowadzenia polityki w obszarze opieki długoterminowej w całościowy i spójny sposób. Tworzy podstawę dla dalszych etapów reformy opieki długoterminowej, w tym stworzenia systemu monitorowania jakości opieki długoterminowej oraz zapewniania odpowiedniej jakości usług i świadczeń.

Usługi i świadczenia opieki długoterminowej obejmują:

- 1) świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych oraz art. 15 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26);
- 2) usługi i wsparcie określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 i 1302 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203):
  - a) usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 tej ustawy, w tym w formie usług sąsiedzkich, o których mowa w art. 50 ust. 3a tej ustawy,
  - b) specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 ust. 4 tej ustawy, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
  - c) usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, o których mowa w art. 51 ust. 1 tej ustawy,
  - d) usługi świadczone w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w art. 52 tej ustawy,
  - e) wsparcie w mieszkaniu wspomagany, 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 bonu senioralnego, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej (Dz. U. 2026 poz. 986),
- 4) dodatek pielęgnacyjny, o którym mowa w art. 75 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26),
- 5) zasiłek pielęgnacyjny, o którym mowa w art. 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208),
- 6) świadczenie wspierające, o którym w art. 3 ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429 i 2760 oraz z 2025 r. poz. 619),
- 7) świadczenie uzupełniające, o którym mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2024 r. poz. 1649, z 2025 r. poz. 1302 oraz z 2026 r. poz. 26).

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

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

o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych  
(Dz. U. z 2025 r. poz. 913, 1301, 1665 i 1746 oraz z 2026 r. poz. 26).

### 3. Definicja jakości opieki długoterminowej

Biorąc pod uwagę wytyczne wskazywane przez organizacje międzynarodowe (WHO, OECD), a także Zalecenia Rady z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej, proponuje się następujące zdefiniowanie jakości w opiece długoterminowej:

*Jakość opieki długoterminowej to stopień, w jakim usługi i świadczenia zaliczane do opieki długoterminowej przyczyniają się do podnoszenia dobrostanu i jakości życia oraz utrzymania lub poprawy sprawności funkcjonalnej i niezależności odbiorców tych usług i świadczeń, gwarantując poszanowanie godności ludzkiej i podstawowych praw jednostki, zgodnie z indywidualnymi potrzebami i preferencjami, przy jednoczesnym uznaniu i wspieraniu roli nieformalnych opiekunów faktycznych w zapewnianiu wysokiej jakości opieki.*

Powyższa zharmonizowana definicja jakości opieki długoterminowej będzie miała zastosowanie do usług i świadczeń opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz usług społecznych. Termin „opieka długoterminowa” należy rozumieć zgodnie z definicją zawartą w ustawie z 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej, która została także przytoczona w rozdziale 2 raportu.

Zapewnianie wysokiej jakości usług opieki długoterminowej wymagać będzie wprowadzenia ram zarządzania. Ich celem powinno być zapewnienie, że świadczenie opieki długoterminowej odbywa się zgodnie z określoną definicją i zasadami. Zasady te uwzględniać powinny między innymi:

- koncentrację na osobie,
- ciągłość świadczenia usług i świadczeń,
- koordynację opieki,
- bezpieczeństwo,
- adekwatność i skuteczność usług i świadczeń,
- równość w dostępie do opieki.

Ramy zarządzania odnosić się będą do wymagań minimalnych, które powinny być spełnione, by uznać, że usługi lub świadczenia opieki długoterminowej świadczone są w sposób zapewniający odpowiednią ich jakość.

Ramy powinny zostać określone w taki sposób, by mogły być zastosowane dla wszystkich usług i świadczeń opieki długoterminowej, niezależnie od sektora. Opracowując je, powinno się uwzględniać specyfikę poszczególnych instrumentów, funkcjonujące już ramy prawne, dążąc

jednak do wypracowania wspólnych standardów dla analogicznych elementów określonych usług lub świadczeń (np. zakwaterowanie, posiłki, wsparcie w czynnościach dnia codziennego).

Świadczeniodawcy opieki długoterminowej będą zobowiązani do przestrzegania określonych standardów jakości, regularnego raportowania wymaganych danych oraz angażowania się w ciągłe doskonalenie jakości. Przy czym należy zapewnić odpowiedni czas na dostosowania się wszystkich podmiotów do nowych ram zarządzania.

Zapewnianie odpowiedniej jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej powinno odbywać się na wszystkich etapach procesu, począwszy od określenia ich zakresu, organizację realizacji usług i świadczeń, w tym ich zlecenie, monitorowanie i kontrolę ich realizacji.

## 4. Rozwiązania międzynarodowe – definicja opieki długoterminowej<sup>5</sup>

### Niemcy:

- jakość opieki długoterminowej jest określana na podstawie dwóch krajowych porozumień, obejmujących standardy jakości opieki długoterminowej świadczonej odpowiednio w domu i w instytucjach;
- porozumienia dotyczą wszystkich zatwierdzonych dostawców oraz funduszy opieki;
- jakość w opiece długoterminowej jest określana przez zestaw zasad podkreślających, że opieka osobista, wsparcie pielęgniarstwa, zakwaterowanie i posiłki powinny umożliwiać osobom potrzebującym opieki życie tak niezależne i samodzielne, jak to możliwe, z pełnym szacunkiem dla prywatności, przestrzeni osobistej i godności ludzkiej;
- usługi powinny uwzględniać biografię, pochodzenie kulturowe i styl życia każdej osoby, jednocześnie rozwijając jej umiejętności, niezależność i umiejętności dbania o siebie;
- opieka ma na celu przywrócenie lub zachowanie dobrostanu fizycznego, psychicznego i emocjonalnego, w tym poprzez podejścia aktywacyjne, oraz budowanie fundamentu zaufania między daną osobą, jej rodziną i wszystkimi zaangażowanymi specjalistami.

### Luksemburg:

- w 2023 r. przyjęto ustawę dotyczącą jakości usług dla osób starszych, która stanowi podstawę prawną dla zarządzania jakością w opiece długoterminowej i wymaga od wszystkich dostawców przyjęcia ram zarządzania jakością;
- jakość opieki długoterminowej jest definiowana pośrednio poprzez prawnie wiążące wymagania dotyczące organizacji, świadczenia usług i zarządzania, a następnie realizowana poprzez bardzo szczegółowe kryteria oceny określone w załączniku do ustawy;

---

<sup>5</sup> Opracowanie na podstawie raportu OECD (2026), *Recommendations report on a new integrated framework for the quality of long-term care*. (dokument niepublikowany)

- świadczeniodawcy są oceniani za pomocą ustandaryzowanego systemu punktacyjnego, który łączy weryfikację przyjętych na piśmie procedur, ocenę praktycznego ich wdrożenia (poprzez przeglądy dokumentacji i wywiady z użytkownikami, przedstawicielami i personelem) oraz ustrukturyzowane ankiety satysfakcji;
- kryteria te są ustalane oddzielnie dla różnych rodzajów usług opieki długoterminowej i obejmują kilka różnych kategorii.

#### Holandia:

- jakość LTC jest kształtowana poprzez połączenie standardów opracowanych na poziomie sektorowym oraz ogólnych wymagań ustawowych;
- od 2024 roku funkcjonuje standard jakości pn. *Generiek Kompas*, pełni on funkcję krajowego systemu jakości opieki długoterminowej;
- obejmuje opiekę w domu (poza czynnościami z obszaru złożonych czynności dnia codziennego - IADL), usługi pielęgniarstwa środowiskowego oraz domy opieki;
- ramy te nie są wprowadzone ustawą, lecz formalnie powiązane z *ustawą o opiece długoterminowej (Wet langdurige zorg, Wlz)*;
- *Generiek Kompas* formułuje definicję jakości w opiece długoterminowej, opartą na indywidualnym kontekście oraz na wynikach istotnych dla osoby otrzymującej opiekę;
- jakość rozumiana jest jako stopień, w jakim opieka przyczynia się do "jakości egzystencji", pojęcia ściśle związanego z jakością życia, która jest również wyraźnie definiowana jako obejmująca autonomię, dobrostan, relacje, zdrowie i bezpieczeństwo;
- uwzględnia zarówno wymiar subiektywny, jak i obiektywny oraz uwzględnia poglądy odbiorców opieki, opiekunów nieformalnych oraz sieci społecznej;
- jakość jest operacjonalizowana poprzez pięć kluczowych dziedzin:
  - o zrozumienie życzeń i potrzeb osoby,
  - o wzmacnianie nieformalnych i społecznych sieci wsparcia,
  - o organizowanie opieki i usług w różnych miejscach,
  - o ciągłe uczenie się i rozwój zawodowy,
  - o monitorowanie, uczenie się i doskonalenie;
- zamiast narzucać szczegółowe standardy proceduralne, ramy te kładą nacisk na refleksję, adaptację i ocenę ukierunkowaną na wyniki w codziennej praktyce;
- równolegle, od 2016 roku obowiązują ustawowe wymogi dotyczące "dobrej opieki" na mocy *ustawy o jakości opieki zdrowotnej, skargach i sporach*, która dotyczy wszystkich placówek opieki zdrowotnej oraz niezależnych dostawców opieki, w tym domów opieki:
  - o „dobra opieka” to opieka bezpieczna, skuteczna, ukierunkowana na osobę i efektywna, świadczona zgodnie ze standardami zawodowymi, szanująca autonomię i wspierająca świadomy wybór;
  - o prawo to ustanawia również wiążące obowiązki dotyczące raportowania incydentów, nadzoru i obsługi skarg.

#### Finlandia:

- jakość opieki długoterminowej jest określona w *Rekomendacji dotyczącej jakości gwarantującej aktywne i funkcjonalne starzenie się oraz zrównoważone usługi w latach 2024–2027*;
- rekomendacja nie zawiera formalnej ani prawnej definicji jakości, zamiast tego odnosi się do "usług dobrej jakości" i przedstawia jakość poprzez zestaw wskaźników, które mają na celu uwidocznienie dobrej i ponadprzeciętnej jakości usług oraz wspieranie ciągłego doskonalenia.

## 5. System monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich jakości

Ustawa z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej określa:

1. zakres opieki długoterminowej (art. 5);
2. sposób koordynacji opieki długoterminowej (art. 9-10, art. 14-18);
3. monitorowanie opieki długoterminowej (art. 19-21);
4. sposób informowania o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej (art. 11, art. 21).

Ponadto wskazuje, że w terminie do 36 miesięcy od dnia wejście w życie ustawy organ ds. polityki senioralnej, we współpracy z ministrem właściwym ds. zdrowia i ministrem właściwym ds. zabezpieczenia społecznego, dokona przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy (art. 47). Podsumowanie przeglądu zawierać będzie informację o skutkach obowiązywania ustawy, propozycję zmian wraz z założeniami systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich ewaluacji.

Realizacja zadań określonych w ustawie wymagać będzie:

- rozpoznania wszystkich źródeł danych statystycznych dotyczących usług i świadczeń opieki długoterminowej i określenia „białych plam” w tym zakresie;
- wypracowania systemu wskaźników monitorujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej, z uwzględnieniem jakości;
- wypracowania mechanizmów pozyskiwania, przetwarzania oraz wykorzystania tych wskaźników;
- udostępniania informacji na temat wyników monitorowania opieki długoterminowej, w tym jakości.

W pierwszej kolejności zrealizowane zostaną działania zmierzające do określenia zakresu sprawozdawczości koordynatorów do spraw opieki długoterminowej, tak by umożliwić odpowiednią organizację realizacji tego typu zadań na poziomie powiatów. Koordynatorzy będą sprawozdawali z realizacji zadań określonych w art. 10 ust. 1 ustawy.

Równolegle prowadzone będą prace zmierzające do określenia zakresu monitorowania opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 20 ustawy. W tym celu wydane zostanie rozporządzenie

Rady Ministrów określające zakres danych podlegających udostępnieniu organowi do spraw polityki senioralnej oraz tryb ich udostępnienia. Opracowany zostanie także wzór informacji o wynikach monitorowania, z uwzględnieniem dostępności danych statystycznych.

Oba działania będą stanowiły pierwszy etap budowy systemu monitorowania i ewaluacji opieki długoterminowej i jej jakości. Wraz ze zwiększaniem dostępności danych i informacji na temat realizacji opieki długoterminowej, monitoring opieki długoterminowej będzie podlegał odpowiednim modyfikacjom.

Powyżej wskazane działania powinny być prowadzone równolegle z pracami nad utworzeniem ram zarządzania jakością opieki długoterminowej.

## 5.1. Dane statystyczne do monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej – usługi i świadczenia społeczne

Dane w zakresie usług oraz wsparcia zaliczanych do opieki długoterminowej z obszaru pomocy społecznej, określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gromadzone są w ramach sprawozdań resortowych o symbolu:

- MRPiPS-03 – sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach;
- MRPiPS-05 – sprawozdanie roczne: wybrane informacje o domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym, powiatowym i regionalnym oraz o placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej;
- MRPiPS-06 – sprawozdanie roczne: wybrane jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne jednostki pomocy społecznej oraz zatrudnienie w systemie pomocy społecznej.

Sprawozdania te wchodzi w skład programu badań statystycznych statystyki publicznej, który corocznie ustala się w oparciu o art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej i przyjmuje rozporządzeniem Rady Ministrów.

Zbiorcze dane pochodzące z ww. sprawozdań są publikowane na stronie internetowej:

<https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyki-pomocy-spoecznej>.

Ponadto w ramach programu badań statystycznych odrębnie zbierane są dane w ramach formularza PS-03 – sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej.

W ramach ww. sprawozdań gromadzone są informacje o:

- liczbie osób, którym decyzją przyznano świadczenie niepieniężne w formie usług zaliczanych do opieki długoterminowej, w tym również liczby przyznanych decyzją świadczeń oraz kwocie przyznanych świadczeń;
- liczbie osób korzystających z pomocy świadczonej w ramach działalności ośrodków wsparcia, rodzinnych domów pomocy, mieszkań wspomaganych lub w domach pomocy społecznej;

- wieku i płci mieszkańców domów pomocy społecznej i innych jednostek pomocy społecznej oferujących miejsca całodobowego pobytu, liczbie osób nieopuszczających łóżek, powodów umieszczenia w domu pomocy społecznej;
- liczbie ośrodków wsparcia, środowiskowych domów samopomocy oraz liczbie miejsc i liczbie osób przebywających lub korzystających ze wsparcia;
- domach pomocy społecznej według podmiotu prowadzącego (samorządowa lub prowadzona w ramach działalności gospodarczej lub statutowej);
- liczbie osób zatrudnionych w poszczególnych typach placówek, z uwzględnieniem rodzaju wykonywanych obowiązków/zawodu;
- przystosowaniu jednostki stacjonarnych do potrzeb osób niepełnosprawnych;
- liczbie osób oczekujących na umieszczenie w jednostkach pomocy społecznej oferujących miejsca całodobowego pobytu.

Co do zasady dane dostępne są w podziale na co najmniej województwo, w zależności od zbioru. W ramach sprawozdań resortowych zbierane są dane dotyczące zadań realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego lub na ich zlecenie.

System usług i świadczeń opieki długoterminowej obejmuje także usługi, które realizowane będą w ramach planowanego nowego rozwiązania - bonu senioralnego.

Ponadto część usług i świadczeń realizowana jest w ramach programów rządowych i programów ministra (np. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w formie usług sąsiedzkich, asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością, ośrodki wsparcia dla osób starszych i kluby seniora). Zakres zbieranych danych na temat osób korzystających ze wsparcia, podmiotów realizujących to wsparcie czy zatrudnienia, określany jest indywidualnie przez każdą z instytucji tworzących taki program.

Dane dotyczące świadczeń pieniężnych zaliczanych do opieki długoterminowej, tj. świadczenia wspierającego, dodatku pielęgnacyjnego, zasiłku pielęgnacyjnego, są ujęte w ramach programu badań statystycznych w ramach zestawów danych przekazywanych GUS z systemów informacyjnych MRPiPS oraz ZUS. Jednocześnie dane te mają charakter kontekstowy w zakresie monitorowania jakości opieki długoterminowej.

## 5.2. Dane statystyczne do monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej – usługi i świadczenia w systemie ochrony zdrowia

Dane w zakresie usług i świadczeń zaliczanych do opieki długoterminowej z obszaru ochrony zdrowia, gromadzone są w ramach sprawozdań o symbolu:

- MZ-29A o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej<sup>6</sup> oraz

<sup>6</sup> Wzór sprawozdania oraz instrukcje wypełniania dostępne są na stronie:  
<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/formularze-statystyczne>.

- MSWiA-33 – sprawozdanie z działalności zakładu długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej MSWiA<sup>7</sup>.

Sprawozdania te są ujęte w programie badań statystycznych statystyki publicznej i gromadzą informacje na temat:

- liczby pacjentów przebywających w placówkach z podziałem na wiek, płeć, oraz formę otrzymywanej opieki (stacjonarna, dzienna, domowa)
- liczby pacjentów nieopuszczających łóżek z podziałem na płeć oraz formę otrzymywanej opieki;
- bilansu pacjentów w opiece stacjonarnej z wyszczególnieniem typu podmiotu z podziałem na płeć;
- liczby pacjentów objętych opieką domową z podziałem na płeć i z wyszczególnieniem dzieci i młodzieży;
- liczby pacjentów objętych opieką dzienną z podziałem na płeć oraz typ podmiotu udzielającego opieki;
- liczby osób zatrudnionych w poszczególnych typach placówek, z uwzględnieniem zawodu oraz formy zatrudnienia.

Dane z formularzy MZ-29A oraz MSWiA-33 są zbierane cyklicznie, w ujęciu rocznym, według stanu na dzień 31 grudnia danego roku. Dane te są wykorzystywane m.in. na potrzeby analiz systemowych, w tym Map Potrzeb Zdrowotnych. Dane zbiorcze z formularza MZ-29A są publikowane w Biuletynie Statystycznym Ministra Zdrowia (<https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny>).

Ponadto NFZ pozyskuje dane statystyczne od świadczeniodawców, z którymi zawarta została umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Informacje te przekazywane są za pośrednictwem komunikatu sprawozdawczego SWIAD, dotyczącego świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

Dane przekazywane do Centrali NFZ, związane z realizacją świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa, obejmują jedynie informacje o świadczeniach udzielonych pacjentom, finansowanych ze środków publicznych i realizowanych w oparciu o umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W tym zakresie dostępne są dane dotyczące liczby pacjentów, którym udzielono określonego świadczenia z podziałem na wiek i płeć, gminę zamieszkania oraz rodzaj opieki: stacjonarna, domowa.

W zakresie danych o świadczeniodawcy, który dane świadczenie zrealizował, dostępne są informacje pozwalające na zidentyfikowanie siedziby podmiotu, formę organizacyjno-prawną, zakres świadczeń wynikających z umowy. W ramach tego komunikatu przekazywane są także informacje na temat personelu zgłoszonego w umowach z uwzględnieniem płci i wieku, zawodu i specjalności.

---

<sup>7</sup> Wzór formularza jest dostępny pod adresem: [https://form.stat.gov.pl/formaty/wersja-graficzna/2025/MSWiA\\_33.pdf](https://form.stat.gov.pl/formaty/wersja-graficzna/2025/MSWiA_33.pdf).

### 5.3. Dane statystyczne do monitorowania usług i świadczeń opieki długoterminowej - podsumowanie

Analiza zakresu danych gromadzonych w ramach statystyki publicznej oraz danych pozyskiwanych przez NFZ wskazuje na istotne braki w dostępnych danych uniemożliwiające dokonanie spójnego opisu sytuacji w opiece długoterminowej, między innymi z następujących powodów:

- zakres zbieranych danych różni się nie tylko pomiędzy systemem pomocy społecznej i ochrony zdrowia, ale także w pomocy społecznej w zależności od typu usługi;
- różne są definicje podstawowych kategorii pojęć, np. pacjent i osoba, której decyzją przyznano usługę, liczba łóżek i liczba miejsc;
- inaczej definiowane są obszary terytorialne, na których świadczone są usługi w miejscu zamieszkania, np. adres jednostki, która podpisała kontrakt z NFZ oraz gmina, na terenie której świadczone są usługi;
- inne sposoby agregacji (o ile są one dostępne) cech społecznych osób korzystających z usług i świadczeń, np. grupy wieku.

Ponadto można zidentyfikować szereg luk informacyjnych, które wynikają z charakterystyki gromadzonych i udostępnianych danych w ramach badań statystyki publicznej. W obszarze systemu pomocy społecznej obejmują one:

- charakterystykę osób, którym przyznano świadczenie w zakresie opieki dziennej lub domowej: wieku, płci;
- posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności, ustalonym poziomie potrzeby wsparcia lub zidentyfikowanych w ramach wywiadu środowiskowego potrzeb;
- korzystanie przez beneficjentów danej usługi lub świadczenia opieki długoterminowej z innych rodzajów usług lub świadczeń, w tym świadczeń pieniężnych, w ramach opieki długoterminowej oraz innych usług społecznych;
- korzystanie łącznie z usług i świadczeń opieki długoterminowej w ramach systemu pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia;
- wiek, płeć i poziom wykształcenia pracowników zatrudnionych w jednostkach świadczących usługi i świadczenia;
- wakaty w jednostkach świadczących usługi i świadczenia oraz rotację zatrudnienia;
- liczbę pracowników w podmiotach, którym zlecono realizację określonego typu usługi, np. usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

W obszarze systemu ochrony zdrowia obejmują one natomiast:

- charakterystykę pacjentów według punktacji otrzymanej w skali Barthel;
- informację o obszarach kontraktowania dla świadczeń domowych;
- formę własności podmiotu, z którym NFZ podpisał kontrakt;
- strukturę zatrudnienia w podmiocie, całkowite zatrudnienie z uwzględnieniem personelu niemedycznego oraz opiekunów medycznych, zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy; rotację pracowników.

## 5.4. Badania Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)

W 2025 r. CMJ uruchomiło pilotażowe badanie doświadczeń pacjentów w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki długoterminowej. Badanie jest dobrowolne, wymagające indywidualnego zgłoszenia się podmiotu leczniczego do badania. Badanie przeprowadzane jest z wykorzystaniem narzędzia (ankiety) opracowanego przez CMJ. Wzór kwestionariusza ankiety, w myśl ustawy z dnia 16 czerwca 2023 roku o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. 2023 poz. 1692), został opublikowany przez ministra właściwego ds. zdrowia. Badanie jest anonimowe, co znaczy, że nie ma możliwości identyfikacji tożsamości poszczególnych respondentów na podstawie danych przekazywanych formularzem ankiety. Podmiot, który przeprowadza badanie, umożliwia swoim pacjentom raportowanie ich doświadczeń z opieki poprzez udostępnienie pacjentom elektronicznej ankiety (dostępna przez przeglądarkę internetową). W ankiecie zbierane są informacje na temat oceny pacjentów dotyczącej świadczonej opieki w obszarach: relacje z personelem, zaangażowanie personelu, uwzględnianie zdania pacjenta w procesie leczenia, redukcja bólu, jakość wyżywienia, czystość, organizacja czasu wolnego.

CMJ oferuje również podmiotom leczniczym realizującym świadczenia opieki długoterminowej bezpłatny udział w rejestrze odleżyn DECUBITUS, który w sposób systemowy gromadzi dane dotyczące odleżyn i pozwala na wyliczenie wskaźników klinicznych takich jak: zapadalność i chorobowość. Umożliwia podmiotom uczestniczącym w rejestrze generowanie raportów dotyczących tematyki odleżyn i usprawnia zarządzanie jakością.

## 5.5. Informacje pozyskiwane przez świadczeniodawców oraz jednostki pomocy społecznej na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej<sup>8</sup> - wyniki ankiety OECD

Chociaż w Polsce nie funkcjonują jednolite krajowe ramy monitorowania opieki długoterminowej w obszarze pomocy społecznej, gminy mogą samodzielnie ustanawiać własne systemy pozyskiwania dodatkowych informacji (w tym danych statystycznych), przykładowo w związku z kontrolą jakości wybranych usług społecznych. Systemy te odnoszą się zazwyczaj do usług w miejscu zamieszkania i bazują na uchwałach gmin stanowiących akty prawa miejscowego, które wprowadzają standardy świadczenia usług. Zakres tych standardów jest różny – od rozbudowanych ram, z regularnymi kontrolami realizacji usług, określonymi protokołami raportowania oraz wieloma podmiotami zaangażowanymi w realizację usług i ich nadzór, po samodzielne zatrudnianie opiekunek przez ośrodek jednostkę pomocy społecznej wraz z wewnętrznymi procedurami monitorowania realizacji i jakości tych usług.

---

<sup>8</sup> OECD (2025), Situation report on monitoring quality of long-term care. (dokument niepublikowany)

W ramach realizacji projektu pt. „Developing a framework for monitoring the quality of long-term care (LTC) in Poland”, OECD przeprowadziło ankietę wśród podmiotów dostarczających usług i świadczeń opieki długoterminowej w systemie pomocy społecznej i ochrony zdrowia dotyczącą między innymi praktyk związanych z gromadzeniem danych w obszarze opieki długoterminowej. Wyniki ankiety pokazały, że większość respondentów systematycznie gromadzi podstawowe dane strukturalne<sup>9</sup> dotyczące np. liczby osób, którym udzielane są usługi i świadczenia, personelu. 85% respondentów regularnie rejestruje liczbę beneficjentów (mieszkańców/pacjentów), a 79% monitoruje liczbę personelu. Dane dotyczące liczby beneficjentów są najczęściej zgłaszane do NFZ, urzędu wojewódzkiego lub starostwa powiatowego (w każdym przypadku około jedna trzecia odpowiedzi), a dane dotyczące personelu do urzędu wojewódzkiego (35%) lub nie są w ogóle zgłaszane do żadnej innej instytucji (28%).

Dane pozwalające na analizę wskaźników w obszarze wyników opieki, czy procesów, a zwłaszcza satysfakcji, są rutynowo gromadzone rzadziej: tylko 40% świadczeniodawców monitorowało ogólną liczbę hospitalizacji wśród beneficjentów, 35% monitorowało zdolność do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego (ADL), 33% częstość występowania odleżyn, a 26% wskazywało na ocenę stanu zdrowia oraz liczbę upadków. Mniej niż 10% świadczeniodawców monitorowało stosowanie środków przymusu chemicznego (np. stosowanie leków uspokajających w celu łagodzenia objawów pobudzenia, agresji i lęku) oraz próby lub incydenty samobójcze. Wskaźniki satysfakcji i samopoczucia beneficjentów również należały do rzadkości (odpowiednio 9% i 3%), szczególnie w porównaniu z tym, za jak przydatne uznają je sami świadczeniodawcy (26% – 29%).

Świadczeniodawcy regularnie korzystają z informacji zawartych w dokumentacji medycznej (71%) oraz informacji zwrotnej od osób, do których wsparcie jest kierowane (63%) i ich rodzin (35%). Tylko około 28% wykorzystuje raporty dotyczące wydarzeń niepożądanych lub nadzwyczajnych (w zależności od sektora, w którym realizowana jest usługa lub świadczenie).

Wyzwanie stanowi także cyfryzacja informacji zbieranych przez świadczeniodawców i usługodawców. Jedynie 29% respondentów wskazało, że zbierają dane w formie elektronicznej, kolejne 38% zbiera dane jedynie częściowo w formacie cyfrowym, zaś 15% nie zbiera danych w formie elektronicznej i nie ma planów by to zmienić.

## 5.6. Rejestracja zdarzeń niepożądanych / nadzwyczajnych

W systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej, odpowiednie ustawy nakładają obowiązki rejestrowania, a w przypadku pomocy społecznej także przekazywania do organów nadzorczych, informacji na temat zdarzeń, które w negatywny sposób mogą wpłynąć lub

---

<sup>9</sup> Wyjaśnienie zakresu wskaźników struktury, procesu, wyników i satysfakcji zostało przedstawione w rozdziale 6 raportu.

wpływają na stan zdrowia mieszkańca lub pacjenta lub też zagrażają lub prowadzą do zgonu tej osoby.

### 5.6.1. Zdarzenia niepożądane w systemie ochrony zdrowia

Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023 poz. 1692) wprowadziła obowiązek posiadania wewnętrznego systemu, który składa się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. W ramach tego wewnętrznego systemu, podmiot wykonujący działalność leczniczą:

- wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- monitoruje zdarzenia niepożądane;
- zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
- prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów.

Ustawa definiuje zdarzenie niepożądane jako zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Zdarzenia niepożądane nie stanowi zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Nie ma obowiązku przekazywania informacji dotyczących zdarzeń niepożądanych do płatnika lub ministra właściwego do spraw zdrowia.

### 5.6.2. Zdarzenia nadzwyczajne w systemie pomocy społecznej

Z dniem 1 stycznia 2024 r. wprowadzony został obowiązek prowadzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczący mieszkańców domów pomocy społecznej oraz osób przebywających w placówce prowadzonej w ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

Poprzez zdarzenie nadzwyczajne rozumie się każde zdarzenie, które w sposób negatywny wpływa na mieszkańca placówki lub domu i którego następstwa wiążą się z potencjalnym lub faktycznym pogorszeniem stanu zdrowia lub wręcz zagrażają życiu mieszkańca.

Rejestr zawiera zgłoszenia o zdarzeniach związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia mieszkańców tych domów w zakresie wypadków, samouszkodzeń, obrażeń ciała. W rejestrze umieszcza się informacje dotyczące daty zgłoszenia, opis i miejsce zdarzenia oraz informację o podjętych działaniach następnych, przy zachowaniu poufności tożsamości osoby dokonującej zgłoszenia.

Zanonimizowane informacje o dacie, miejscu i opisie zdarzenia przekazywane są wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta), staroście jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej dom pomocy społecznej lub zlecającej jego prowadzenie lub marszałkowi województwa w przypadku regionalnych domów pomocy społecznej. Podmiot otrzymujący zbiorczą informację weryfikuje ją w celu analizy i oceny zasadności podjętych działań następnych oraz przekazuje wojewodzie informację zbiorczą o zgłoszeniach o zdarzeniach nadzwyczajnych i podjętych działaniach następnych. Wojewoda przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego przekazując zbiorczą informację o zdarzeniach nadzwyczajnych i podjętych działaniach następnych. Przekazywanie informacji o których mowa powyżej następuje nie rzadziej niż raz na kwartał.

W przypadku podmiotu prowadzącego placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz osobom w podeszłym wieku dyrektor lub kierownik domu pomocy społecznej przekazuje ww. zanonimizowane informacje z rejestru oraz o podjętych działaniach następnych bezpośrednio właściwemu wojewodzie.

Zgodnie z danymi MRPiPS, zdarzenia nadzwyczajne w domach pomocy społecznej pozostają stosunkowo rzadkie, z 5,8 zdarzeń na 1 000 beneficjentów w kraju. W przypadku podmiotów niepublicznych częstość ich raportowania jest jeszcze niższa – 0,8 zdarzeń na 1 000 beneficjentów. Istnieją jednak znaczne różnice między województwami, dotyczące zarówno liczby, jak i rozkładu rodzaju/typu zgłaszanych zdarzeń nadzwyczajnych. Ponadto część ze zgłaszanych przypadków jest klasyfikowana przez MRPiPS jako nie spełniające przesłanek do zakwalifikowania ich do tej kategorii. Sugeruje to, że istniejące wytyczne mogą nie być rozumiane lub stosowane w sposób jednolity całym kraju.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> OECD (2025), Situation report on monitoring quality of long-term care. (dokument niepublikowany)

## 6. Wskaźniki monitorujące jakość opieki długoterminowej

Podstawą systemu monitorowania są ramy wskaźników jakości w opiece długoterminowej. OECD<sup>11</sup> wskazuje, że ramy te powinny pełnić kilka funkcji:

- dostarczać potencjalnym osobom korzystającym z opieki oraz ich rodzinom informacje o jakości opieki oferowanej przez danego świadczeniodawcę/usługodawcę;
- dostarczać podmiotom kontraktującym informacje o jakości opieki oferowanej przez świadczeniodawców/usługodawców oraz umożliwiać jej porównanie z innymi podmiotami;
- wspierać nadzór nad podmiotami oraz planowanie kontroli ich działalności;
- dostarczać organom administracji centralnej informacji o ogólnych trendach i wyzwaniach w zakresie jakości opieki.

Najczęstszym konceptem monitorowania jakości opieki długoterminowej jest model opierający się na trzech podstawowych grupach wskaźników: strukturalnych, procesu, wyniku. OECD wskazuje także na czwarty obszar – informację zwrotną dotyczącą doświadczeń osób korzystających z opieki długoterminowej.

Wskaźniki strukturalne określają, czy podmioty dostarczające usługi i świadczenia opieki długoterminowej dysponują odpowiednimi zasobami, infrastrukturą i kadrą do świadczenia wysokiej jakości opieki. Wskaźniki z tego obszaru związane są z infrastrukturą (np. wyposażenie budynków i pomieszczeń, dostosowanie ich do potrzeb osób z ograniczeniami w poruszaniu się), zasobami ludzkimi (np. liczba pracowników o określonych kwalifikacjach, stosunek liczby pracowników opieki do beneficjentów opieki).

Wskaźniki procesu oceniają, czy stosowane procedury w zakresie opieki zapewniają odpowiednią jakość usług oraz czy występują niepożądane praktyki lub zaniechania. Przykładowo, wykorzystanie fizycznych lub chemicznych środków oddziaływania (leki) jest czasem stosowane w celu zrekompensowania niedoborów kadrowych, ale narusza wolność jednostek i może powodować niepożądane skutki uboczne, takie jak dezorientacja czy niepokój.

Wskaźniki wyników mierzą efekty świadczenia opieki, np. częstość występowania zdarzeń niepożądanych, negatywnie wpływających na stan zdrowia i samopoczucie osób otrzymujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej. Mogą one obejmować częstotliwość upadków wśród osób objętych opieką, częstość hospitalizacji w wyniku takich upadków, niezamierzoną utratę masy ciała lub odwodnienie. Takie wskaźniki mają za zadanie wskazanie na potencjalne problemy, które można by złagodzić poprzez lepsze praktyki i organizację.

Czwarta grupa wskaźników to wskaźniki związane z doświadczeniem odbiorców opieki opisujące doświadczenia i satysfakcję z otrzymywanej opieki, często nazywane *wskaźnikami doświadczeń zgłaszanych przez pacjentów* (PREM) oraz *wskaźnikami wyników raportowanych przez pacjentów* (PROM). Wskaźniki te odzwierciedlają, jak osoby postrzegają jakość

---

<sup>11</sup> OECD (2026), *Recommendations report on a new integrated framework for the quality of long-term care*. (dokument niepublikowany)

otrzymywanej opieki, w tym ich interakcje z pracownikami opieki, satysfakcję ze świadczonych usług oraz ogólną jakość życia.

Obecnie w Polsce usługodawcy i świadczeniodawcy opieki długoterminowej gromadzą przede wszystkim dane strukturalne, takie jak liczba osób korzystających z usług, liczba pacjentów, informacje dotyczące personelu. Dane te są często przekazywane organom kontraktującym lub nadzorującym realizację danej usługi oraz do GUS. Jednak obowiązki te nie odnoszą się do wszystkich typów dostawców, np. w ramach usług opiekuńczych w ramach systemu pomocy społecznej.

Znacznie bardziej ograniczone jest gromadzenie danych pozwalających na oszacowanie wskaźników procesu, wyników i satysfakcji. Podczas gdy niektórzy usługodawcy monitorują wyniki kliniczne, np. hospitalizacje, odleżyny, procesy leczenia, w tym stosowanie ograniczeń fizycznych i chemicznych, te praktyki nie są ani standaryzowane, ani powszechne.

Część informacji jest dostępna jedynie pośrednio. Wymogi związane z uzyskaniem zezwolenia na dostarczenie usług i świadczeń całodobowych lub dziennych w ramach opieki długoterminowej obejmują podstawowe wymogi w zakresie infrastruktury (np. minimalna wielkość pokoiów, dostępność do łazienek, wyposażenie, sprzęt medyczny etc.). Wymogi te jednak różnią się w zależności od typu usługi (całodobowa, dzienna) czy sektora, w ramach którego są one świadczone (zdrowie, pomoc społeczna). Informacja dotycząca spełniania tych wymogów dostępna jest jedynie w formie deklaratywnej lub wniosków z kontroli przeprowadzanych przez wojewodów, NFZ lub inne organy kontrolne (NIK).

## 6.1. Rekomendacje OECD w zakresie systemu wskaźników monitorujących jakość opieki długoterminowej

W ramach projektu pt. „Developing a framework for monitoring the quality of long-term care (LTC) in Poland”, OECD wskazało na kluczowe elementy budowy systemu wskaźników monitorujących jakość opieki długoterminowej.

Rekomendacja dotycząca ustanowienia krajowych ram wskaźników jakości w opiece długoterminowej jako elementu systemu monitorowania wskazuje na potrzebę ustanowienia jednolitych krajowych ram wskaźników obejmujących świadczeniodawców działających zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w sektorze usług społecznych (w tym pomocy społecznej). Ramy te powinny m.in.:

1. opierać się na celach określonych w definicji jakości opieki długoterminowej;
2. być zgodne z przepisami dotyczącymi wymogów, jakie muszą być spełnione, by podmiot uzyskał wpis do właściwego rejestru (domów pomocy społecznej, placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, podmiotów wykonujących działalność leczniczą);
3. wspierać planowanie kontroli;

4. obejmować podstawowy zestaw wskaźników raportowanych przez wszystkich świadczeniodawców, uzupełniony o moduły wskaźników specyficzne dla poszczególnych usług;
5. być stosowane w sposób spójny we wszystkich województwach i wobec wszystkich typów świadczeniodawców, poprzez zharmonizowane definicje, zasady raportowania oraz standardy gromadzenia danych.

Ponadto, określając ramy wskaźników monitorujących jakość opieki długoterminowej, należy uwzględnić następujące postulaty:

1. system wskaźników powinien składać się ze wspólnego podstawowego zestawu wskaźników, uzupełnionego – w razie potrzeby – o moduły specyficzne dla poszczególnych usług;
2. wspólny podstawowy zestaw wskaźników powinien być uporządkowany według obszarów i obejmować cztery główne typy wskaźników: wskaźniki struktury, procesu, wyniku oraz doświadczeń;
3. wspólny podstawowy zestaw wskaźników powinien być określony z uwzględnieniem formy opieki, tak by odzwierciedlać różnice w sposobie świadczenia usług oraz możliwości pomiaru. Ramy powinny co najmniej rozróżniać opiekę całodobową, opiekę dzienną oraz opiekę domową, przy zachowaniu porównywalności poprzez wspólne definicje;
4. wskaźniki specyficzne dla poszczególnych usług powinny być opracowywane równolegle ze wspólnym podstawowym zestawem wskaźników w sytuacjach uzasadnionych specyfiką danej usługi (grupy usług) i odzwierciedlać: rolę danej usługi, grupę docelową beneficjentów oraz profil ryzyka (np. w przypadku świadczenia usług medycznych w danej formie opieki, wspólny zestaw podstawowy powinien zostać uzupełniony o wskaźniki odzwierciedlające związane z tym ryzyka kliniczne oraz potrzeby kadrowe);
5. świadczeniodawcy powinni być odpowiedzialni za gromadzenie i raportowanie zarówno wspólnych wskaźników podstawowych, jak i wskaźników z modułów specyficznych dla poszczególnych usług;
6. raportowanie mogłoby odbywać się raz w roku, z możliwością wprowadzenia częstszego raportowania w przyszłości w przypadku wskaźników zmiennych w trakcie roku lub szczególnie istotnych dla wczesnego wykrywania zagrożeń dla bezpieczeństwa;
7. dla każdego wskaźnika należy opracować metadane obejmujące uzasadnienie zbierania takich informacji, definicję, kryteria uwzględniania określonych przypadków w statystyce, częstotliwość raportowania, metodykę zbierania danych oraz minimalne wymogi w zakresie kontroli jakości danych;
8. w przypadku wykorzystywania wskaźników do benchmarkingu, należy rozważyć zastosowanie korekty ryzyka, aby uwzględnić różnice w charakterystyce osób korzystających z opieki i umożliwić miarodajne porównania między świadczeniodawcami (typowe czynniki korekty obejmują wiek, poziom sprawności funkcjonalnej i mobilności, zaburzenia poznawcze, wybrane schorzenia oraz poziom opieki);

9. wspólny podstawowy zestaw wskaźników oraz ewentualne moduły specyficzne dla poszczególnych usług powinny zostać opracowane przez właściwe ministerstwa, przy wsparciu metodologicznym ekspertów i przedstawicieli środowiska naukowego oraz z uwzględnieniem dobrych praktyk z innych krajów;
10. proces opracowywania powinien obejmować konsultacje z podmiotami kontraktującymi (np. NFZ i gminami), GUS oraz przedstawicielami świadczeniodawców, pracowników sektora i osób korzystających z opieki;
11. w celu ograniczenia obciążeń sprawozdawczych ramy powinny w możliwie największym stopniu opierać się na istniejących praktykach gromadzenia danych oraz unikać powielania danych już zbieranych przez podmioty kontraktujące lub GUS;
12. liczba wybranych wskaźników monitorujących powinna być ograniczona (należy unikać wskaźników mierzących to samo zjawisko), dążąc do wyboru wskaźników o największej wartości informacyjnej.

Na podstawie doświadczeń różnych krajów, OECD zaproponowało także zestaw wskaźników, które mogłyby zostać uwzględnione w nowym systemie monitorowania jakości opieki długoterminowej.<sup>12</sup> Wśród nich znalazły się wskaźniki opisujące:

- zatrudnienie w placówkach zapewniających usługi lub świadczenia, np. liczba pracowników sprawujących bezpośrednią opiekę względem liczby osób objętych wsparciem, wykształcenie pracowników, rotacja pracowników, szkolenia czy nadgodziny;
- warunki w placówce, np. dostęp do prywatnej łazienki, jednoosobowe pokoje, dostosowanie placówki do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami;
- procedury stosowane w placówce, np. indywidualne plany opieki, wykorzystanie mechanicznych i chemicznych środków unieruchamiających, uczestnictwo w aktywnościach społecznych i aktywizujących, uczestnictwo w podejmowaniu decyzji;
- wyniki opieki, np. niezamierzona utrata wagi, odleżyny, hospitalizacje w wyniku upadków, nieplanowane hospitalizacje (bez względu na przyczynę), upadki, zdiagnozowana depresja;
- doświadczenia odbiorców usług, np. respektowanie preferencji, poczucie bezpieczeństwa, zgłaszanie symptomów depresji.

Wstępna analiza zakresu tych wskaźników wskazuje, że ich wykorzystanie w przyszłym systemie monitorowania jakości w opiece długoterminowej wymagałoby nie tylko wyboru określonych wskaźników i dokonania szczegółowego ich opisu (metadane), ale także zbudowania ram prawnych i organizacyjnych do zbierania danych pozwalających na ich obliczenie. Obecnie większość ze wskazanych wskaźników nie może być prezentowana w sposób systematyczny, gdyż informacje niezbędne do ich obliczenia nie są co do zasady zbierane. Część z nich może być gromadzona przez podmioty dostarczające usługi lub świadczenia, ale ma to charakter wyrywkowy, niesystematyczny i nie są one publikowane.

---

<sup>12</sup> OECD (2026), *Recommendations report on a new integrated framework for the quality of long-term care*. (dokument niepublikowany)

## 7. Zintegrowany system monitorowania i gromadzenia danych oraz ich wykorzystania do celów oceny jakości opieki długoterminowej - propozycja

W rozdziale tym opisana została propozycja zintegrowanego systemu monitorowania i gromadzenia danych oraz ich wykorzystania do celów oceny jakości opieki długoterminowej w Polsce (dalej: system monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej). Zgodnie z definicją „opieki długoterminowej” zawartą w ustawie z dnia 11 czerwca 2026 r., system ten odnosić się będzie do usług i świadczeń realizowanych w ramach systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz usług społecznych.

System monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej w Polsce składać się będzie z trzech obszarów:

1. ram zarządzania jakością opieki długoterminowej;
2. gromadzenia danych i informacji na temat opieki długoterminowej, w tym zestawu wskaźników monitorujących, do celów monitorowania i ewaluowania jakości opieki długoterminowej;
3. informowania o wynikach monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej.

Podmiotem koordynującym realizację tych zadań będzie organ do spraw polityki senioralnej, we współpracy z następującymi podmiotami:

- minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy do spraw zdrowia oraz jednostki im podległe lub nadzorowane;
- GUS;
- koordynatorzy powiatowi opieki długoterminowej;
- eksperci oraz przedstawiciele środowiska naukowego we właściwym obszarze merytorycznym;
- przedstawiciele instytucji organizujących, zlecających i kontraktujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej oraz instytucji kontrolujących realizację tych usług;
- przedstawiciele świadczeniodawców oraz środowisk reprezentujących pacjentów i osób korzystających z usług i świadczeń opieki długoterminowej.

Zakres tej współpracy uzależniony będzie od kompetencji poszczególnych jednostek i ich roli w systemie monitorowania i ewaluacji opieki długoterminowej.

Powyższa propozycja zintegrowanego systemu monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej, opisana szczegółowo w podrozdziałach 7.1 – 7.3, stanowi punkt wyjścia do dalszych prac związanych z ostatecznym ustaleniem i wdrożeniem tego systemu. Działania podjęte w pierwszej kolejności (w ciągu pierwszych 24-36 miesięcy) będą miały na celu uszczegółowienie zawartej w niniejszym dokumencie propozycji systemu monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej, poprzez wypracowanie szczegółowych założeń. Będzie to zarazem realizacją zapisów ustawy z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej, które wskazują, że organ do spraw polityki senioralnej

w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, wypracuje założenia systemu monitorowania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich ewaluacji. Założenia te powinny zostać opracowane w terminie do 36 miesięcy od dnia wejście w życie ustawy. Założenia te, wraz z przeglądem funkcjonowania przepisów ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej, zostaną przedstawione Radzie Ministrów. Jeżeli w trakcie tych prac zidentyfikowane zostaną obszary legislacyjne wymagające zmian, w celu wdrożenia tych założeń, kolejnym krokiem będzie m.in. przygotowanie stosownych zmian prawnych.

Jednocześnie, w toku prac nad projektem Planu Partnerstwa Krajowego i Regionalnego na lata 2028-2034, organ do spraw polityki senioralnej<sup>13</sup> zaproponował uwzględnienie kwestii związanych z dalszymi krokami związanymi z wdrożeniem systemu monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej. Organ do spraw polityki senioralnej zaproponował w ramach prac nad projektem Strategii Rozwoju Polski do 2035 r. zaproponował między innymi dalsze działania w zakresie opracowania zasad zbierania i analizowania danych z obszaru opieki długoterminowej i wprowadzenie mechanizmów monitorowania jej jakości.

Ostatecznym efektem prac będzie funkcjonujący system zbierania danych i informacji niezbędnych do opracowania cyklicznych informacji oraz ewaluacji jakości opieki długoterminowej, uwzględniających zestaw uzgodnionych wskaźników monitorujących, w ramach którego określone zostaną role poszczególnych instytucji działających na wszystkich poziomach wdrażania usług i świadczeń opieki długoterminowej (m.in. centralny, wojewódzki, powiatowy, gminny, NFZ i jego oddziały). Informacje i dane uzyskane w toku systematycznego monitorowania opieki długoterminowej, w tym jej jakości, oraz ewaluacje jakości opieki długoterminowej opracowane na podstawie gromadzonych wyników będą prezentowane w centralnym portalu internetowym w domenie gov.pl.

Poniżej przedstawiono szczegółową propozycję trzech obszarów wchodzących w system monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej oraz działań wymaganych do podjęcia w celu wdrożenia systemu. Poszczególne działania mogą ulec korekcie lub zmianie w wyniku prowadzonych prac na wcześniejszych etapach.

## 7.1. Ramy zarządzania jakością opieki długoterminowej

Założenia dotyczące kształtu ram zarządzania jakością opieki długoterminowej przedstawione zostały w rozdziale 3 dokumentu.

Ramy zarządzania powinny określać co najmniej:

- instytucje systemu, w tym instytucje odpowiedzialne za nadzór, gromadzenie danych, monitorowanie i ewaluację;
- kompetencje i zadania instytucji systemu;

---

<sup>13</sup> Poprzez organ ds. polityki senioralnej rozumie się: Ministra do spraw Polityki Senioralnej do 26 lutego 2026 r. oraz Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej od 27 lutego 2026 r.

- narzędzia i procedury niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości opieki długoterminowej;
- mierzalne standardy jakości i wskaźniki dla opieki długoterminowej;
- procedury postępowania w przypadku braku zgodności usług i świadczeń opieki długoterminowej ze standardami jakości, w tym określenie sankcji oraz prawo do odwołania.

Ramy te powinny uwzględniać obowiązujące przepisy w zakresie zapewniania jakości opieki długoterminowej i swoim zakresem obejmować obszary dotychczas nieuregulowane – o ile takie obszary zostaną zidentyfikowane. Jeżeli będzie to niezbędne do prawidłowego wdrożenia systemu, powinny zostać wprowadzone do systemu prawa krajowego.

Ramy zarządzania jakością opieki długoterminowej powinny zostać opracowane w ramach dialogu wszystkich stron zaangażowanych w dostarczanie, zarządzanie, monitorowanie i kontrolę opieki długoterminowej.

Wdrożenie ram powinno przebiegać stopniowo, umożliwiając wszystkim stronom procesu dostosowanie się do nowych wymogów i usprawnienie świadczenia usług przed pełnym wdrożeniem nowego schematu zarządzania.

#### Proponowany sposób wdrożenia:

1. Ustanowienie podmiotów odpowiedzialnych za opracowanie ram zarządzania jakością opieki długoterminowej – organ ds. polityki senioralnej/ MRPiS/MZ.
2. Identyfikacja obszarów nieuregulowanych w obszarze zapewniania jakości opieki długoterminowej lub uregulowanych w niewystarczającym stopniu.
3. Opracowanie projektu ram zarządzania ze wskazaniem instytucji tworzących system zapewniania jakości opieki długoterminowej, zadania i obowiązki tych instytucji obszarów, określenie standardów jakości, sankcje za brak przestrzegania standardów jakości.
4. Wskazanie obszarów wymagających ewentualnego uregulowania prawnego, wraz z określeniem instytucji odpowiedzialnych za to zadanie.
5. Opracowanie wytycznych w zakresie kontroli jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej dla urzędów wojewódzkich odpowiedzialnych za realizację kontroli w instytucjonalnej opiece długoterminowej.

Równolegle prowadzone będą prace związane z ustanowieniem systemu wskaźników monitorujących jakość opieki długoterminowej i zapewnieniem danych do ich oszacowania.

Termin wdrożenia: średni okres - ok. 5 lat.

## 7.2. Gromadzenie danych i informacji na temat opieki długoterminowej, w tym zestaw wskaźników monitorujących

Kluczowym elementem systemu monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej będzie zestaw wskaźników monitorujących, który zostanie wypracowany w ramach prac eksperckich. Proponuje się, żeby system wskaźników składał się ze wspólnego dla wszystkich świadczeń i usług opieki długoterminowej podstawowego zestawu wskaźników, uzupełnionego – w razie potrzeby – o moduły specyficzne dla poszczególnych usług. Zestaw ten powinien obejmować cztery grupy wskaźników: struktury, procesu, wyniku oraz doświadczeń. Za gromadzenie i raportowanie danych na potrzeby systemu wskaźników odpowiedzialni będą świadczeniodawcy. Zakłada się, że raportowanie będzie się odbywać raz w roku.

Analiza danych zastanych wskazuje, że dostępność danych do monitorowania opieki długoterminowej, w tym jej jakości, jest ograniczona i różni się pomiędzy systemami pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

Co do zasady w ramach systemu ochrony zdrowia dostępne są dane statystyczne pozwalające na zbudowanie zestawu wskaźników strukturalnych monitorujących podstawowy zakres opieki długoterminowej. Dostępność danych i informacji na potrzeby budowy wskaźników procesu, wyniku i satysfakcji jest niska. Zakres danych i informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej w ramach systemu pomocy społecznej jest jeszcze węższy. Brak jest możliwości określenia nawet podstawowych wskaźników struktury – w szczególności dla zdeinstytucjonalizowanych form wsparcia (opieka w miejscu zamieszkania) i w przypadku zlecenia realizacji usług podmiotom zewnętrznym.

### Proponowany sposób wdrożenia:

1. Uzgodnienie listy wskaźników, które posłużą do cyklicznego monitorowania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej wraz z precyzyjnym zdefiniowaniem danych i informacji, które będą niezbędne do ich oszacowania.
2. Analiza danych zastanych pod względem możliwości oszacowania uzgodnionych wskaźników, w tym z wykorzystaniem informacji gromadzonych przez GUS w ramach badania eksperymentalnego. Rozpoczęcie prac przez GUS we współpracy z organem do spraw polityki senioralnej, MZ i MRPiPS związanych z przygotowaniem nowego badania w obszarze opieki długoterminowej w ramach statystyki publicznej (badania eksperymentalne, możliwość łączenia zbiorów danych przekazywanych do GUS w ramach realizacji programu badań statystycznych statystyki publicznej, określenie nowych źródeł danych i sposobów ich finansowania).
3. Przeanalizowanie możliwości zbierania danych dotyczących podstawowych cech społeczno-ekonomicznych osób korzystających z opieki długoterminowej oraz określenie sposobów pozyskiwania danych, które nie są obecnie zbierane zarówno w ramach statystyki publicznej, jak i w dedykowanych systemach teleinformatycznych zapewnianych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia lub organy im podległe/nadzorowane.

4. Wypracowanie, we współpracy m.in. MZ, MRPiPS, NFZ, środowiskiem eksperckim i naukowym, podstawowych wskaźników monitorowania jakości opieki długoterminowej, ustalenia definicji pojęć oraz pozostałych metadanych w sposób, by możliwe było zbieranie danych bez względu na sektor, w którym dostarczane są usługi lub świadczenia (mogą one uwzględniać np. informacje pochodzące z rejestrów zdarzeń nadzwyczajnych / niepożądanych, upadki, niezamierzoną utratę wagi, wielolekowość, występowanie odleżyn, indywidualne plany opieki, czy też informacje zwrotne pochodzące od odbiorców opieki). Wypracowanie wskaźników właściwych dla specyfiki danego sektora lub typu usług.
5. Określenie nowych potrzeb informacyjnych wraz ze wskazaniem zmian organizacyjnych, technicznych i prawnych niezbędnych do rozpoczęcia zbierania dodatkowych informacji i danych. Określenie i zapewnienie źródeł finansowania tych zmian.
6. Opracowanie jednolitych, szczegółowych wytycznych do zbierania danych w ramach monitorowania zdarzeń niepożądanych i zdarzeń nadzwyczajnych, wdrożenie tych wytycznych (szkolenia), wprowadzenie możliwości zbierania informacji zbiorczych w systemie ochrony zdrowia i ich wykorzystywania dla celów monitorowania opieki długoterminowej.
7. Przeprowadzenie szkoleń i działań informacyjnych dla instytucji systemu zapewniania jakości opieki długoterminowej w zakresie zapewnienia odpowiedniej jakości danych statystycznych (z punktu widzenia metodologii wprowadzania i zbierania danych, zapewnienia uniwersalnych słowników, sposobu przekazywania danych etc.) oraz ich wykorzystania.

Termin wdrożenia: średni okres – od 5 do 10 lat (zmiany w systemach teleinformatycznych i ich pełne wdrożenie oraz zapewnienie odpowiedniej jakości danych).

### 7.3. Informowanie o wynikach monitorowania opieki długoterminowej.

Informacje na temat realizacji działań w obszarze opieki długoterminowej, dane statystyczne, a na późniejszym etapie – wskaźniki monitorujące, będą wykorzystywane w ramach systemu monitorowania opieki długoterminowej, o którym mowa w art. 20 ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej. Informacje przekazywane przez koordynatorów opieki długoterminowej<sup>14</sup> w ramach cyklicznej sprawozdawczości, wraz z danymi i informacjami uzyskiwanymi m.in. z MRPiPS, MZ, NFZ<sup>15</sup> będą wykorzystywane do opracowania informacji o wynikach monitorowania. Informacja ta będzie zamieszczana w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej. Będzie ona uwzględniała (w zakresie w jakim pozwalać będą na to uzyskane dane i informacje)

<sup>14</sup> Koordynatorzy opieki długoterminowej na poziomie powiatowym zostali powołani przepisami ustawy o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej.

<sup>15</sup> Będą to głównie informacje i dane pozyskiwane od świadczeniodawców i podmiotów realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej.

ewaluację jakości opieki długoterminowej. Wraz z realizacją kolejnych etapów wdrażania systemu, informacja będzie rozbudowywana o nowe elementy – w szczególności dotyczy to wskaźników monitorujących.

Ponadto przewiduje się utworzenie ogólnopolskiego portalu internetowego w domenie gov.pl poświęconego tematyce opieki długoterminowej. Docelowo portal ma prezentować informacje m.in. na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz pozostałych usług i świadczeń opieki długoterminowej, zestawienia i wizualizacje dotyczące podmiotów realizujących usługi i świadczenia na różnych poziomach podziału terytorialnego, dostępności tych usług i świadczeń, a także wyniki ewaluacji jakości opieki długoterminowej i inne raporty i opracowania dotyczące tematyki opieki długoterminowej.

#### Proponowany sposób wdrożenia:

1. Stworzenie ogólnopolskiego portalu internetowego w domenie .gov.pl poświęconego opiece długoterminowej. W pierwszej kolejności na portalu zmieszczone zostałyby informacje prawne dotyczące np. zakresu każdej z usług i świadczenia, zasady kwalifikacji do ich uzyskania, sposób i tryb ich udzielania, zasady odpłatności oraz informacje na temat koordynatorów opieki długoterminowej. Informacje te powinny być przedstawione z wykorzystaniem zasad prostego języka i w formie dostępnej dla osób starszych lub osób z niepełnosprawnościami. Informacje te będą mogły zostać wykorzystane przez koordynatorów opieki długoterminowej na szczeblu powiatu.
2. Opracowanie zakresu sprawozdań dla koordynatorów opieki długoterminowej oraz informacji o wynikach monitorowania opieki długoterminowej, o których mowa w ustawie o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej.
3. Rozbudowa portalu o informacje pozyskiwane w ramach monitorowania opieki długoterminowej i sprawozdań opracowywanych przez koordynatorów opieki długoterminowej oraz inne dokumenty składające się na system zapewniania jakości opieki długoterminowej.
4. Opracowanie sposobów wykorzystania danych i informacji pozyskiwanych w sposób nieusystematyzowany oraz informacji przedstawianych w raportach z kontroli instytucji świadczących usługi i świadczenia opieki długoterminowej.
5. Stworzenie map potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, w tym oceny jej jakości.

Termin wdrożenia: w zależności od zadania od 2 do 5 lat (w zależności od dostępności danych)