

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej	Data sporządzenia 19.09.2025 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: art. 22 ust.5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Katarzyna Kęcka – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia MZ 1826
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Dagmara Korbasińska-Chwedczuk – Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu w Ministerstwie Zdrowia tel.: +48 22 530 03 18, e-mail: dep-rz@mz.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Brak jednolitego standardu udzielania opieki zdrowotnej przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie opieki długoterminowej, niezależnie czy opieka ta jest finansowana ze środków publicznych, czy prywatnych. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253, z późn. zm.) reguluje wyłącznie minimalne wymagania (kadrowe, sprzętowe, lokalowe) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych. Ponadto, najpóźniej do dnia 31 grudnia 2025 r. Minister Zdrowia jest obowiązany do przyjęcia przepisów prawnych dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemu opieki zdrowotnej, co stanowi jeden z priorytetów reformy opieki długoterminowej w kraju określonych w kamieniu milowym A70G pn. „Wdrożenie priorytetów w zakresie reformy określonych na podstawie strategicznego przeglądu opieki długoterminowej w Polsce (w oparciu o wnioski z realizacji kamienia milowego A69G)” w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Priorytet reformy, którego realizację ma stanowić przyjęcie projektowanego rozporządzenia, dotyczy wejścia w życie do dnia 31 grudnia 2025 r. przepisów dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemu opieki zdrowotnej.

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

Rozporządzenie wprowadzi standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, na podstawie upoważnienia zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwany dalej „standardem organizacyjnym”. Standard organizacyjny ma obowiązywać podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki długoterminowej finansowanych zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych.

Standard organizacyjny, stanowiący załącznik do projektowanego rozporządzenia, określa przepisy dotyczące: sposobu realizacji praw pacjenta, sposobu realizacji opieki przez personel sprawujący opiekę długoterminową, opracowywania i realizacji planu opieki długoterminowej, łagodzenia bólu, realizacji świadczeń profilaktycznych, prewencji i kontroli zakażeń, realizacji edukacji zdrowotnej pacjenta i jego osób bliskich oraz zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Standard organizacyjny ma umożliwić zapewnienie odpowiedniej jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki długoterminowej przez ww. podmioty lecznicze, z poszanowaniem godności oraz przy uwzględnieniu potrzeb i indywidualnej sytuacji pacjenta objętego tą opieką.

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

„W samej Unii Europejskiej (UE) współczynnik obciążenia demograficznego, czyli stosunek liczby osób starszych w wieku nieprodukcyjnym (powyżej 64. r.ż.) do liczby ludności w wieku produkcyjnym (15–64 lata) wzrósł z 20,3 w 1990 r. do 33,33 w 2022 r. (World Bank 2024). Podobny trend obserwuje się także poza UE, np. w Kanadzie i Japonii, gdzie współczynnik obciążenia demograficznego w 2022 r. wyniósł, odpowiednio, 29,1 i 51,2 w 2022 r. (Ariaans, Linden and Wendt 2021)”.¹ W krajach tych rośnie liczba osób wymagających wsparcia w zakresie opieki długoterminowej.

¹ Opieka długoterminowa – przykłady międzynarodowych rozwiązań, załącznik nr 5 do Raportu z przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce opracowanego przez Bank Światowy w ramach kamienia milowego A69G reformy A4.6 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>.

„Jakość opieki to jeden z najważniejszych wyznaczników realizacji świadczeń (...). Aby osiągnąć pożądany rezultat organizacje muszą wdrożyć standardy opisujące należyty przebieg procedur opiekuńczych. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) określa standardy jako «najlepszy sposób postępowania w określonych okolicznościach». Ocena jakości w opiece długoterminowej wykracza poza stan zdrowia. (...) w ochronie zdrowia jakość definiuje się za pomocą takich wartości jak bezpieczeństwo, wydajność i skuteczność, a także koncentracja na pacjencie, równość oraz dostępność świadczeń (Committee on Quality of Health Care in America 2001), wyrazem jakości w opiece długoterminowej jest godność i samopoczucie beneficjenta opieki, udział w życiu społecznym oraz plany co do opieki i trybu życia (Steering Committee Responsible Care 2007; Igarashi et al. 2020)”.²

W innych krajach UE i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) istnieją ogólne przepisy lub wytyczne odnoszące się do standardów jakości opieki długoterminowej – rozbudowane regulacje w tym zakresie dotyczą przede wszystkim standardów opieki instytucjonalnej, natomiast opieka środowiskowa i domowa jest przedmiotem tych przepisów lub wytycznych w mniejszym stopniu.

Standardy jakości opieki stacjonarnej w innych krajach obejmują m.in. takie aspekty jak: określenie warunków kadrowych, sprzętowych i lokalowych, zapewnianie fachowości i bezpieczeństwa opieki, wdrożenie indywidualnych planów opieki, realizowanie opieki zgodnie z zasadą „pacjent w centrum uwagi” (troska o jakość i satysfakcję z życia pacjenta, zapewnienie mu samostanowienia i współdecydowania, dbałość o jego samopoczucie fizyczne i psychiczne oraz uwzględnianie jego potrzeb społecznych, kulturalnych, duchowych itd.), stosowanie odpowiednich sposobów komunikowania i informowania, troska o zdrowie i kompetencje pracowników.

Natomiast standardy jakości odnoszące się do opieki środowiskowej i domowej dotyczą przede wszystkim zapewnienia warunków kadrowych oraz minimalnego zakresu i liczby godzin świadczonych usług.

W Holandii ogólny system oceny jakości świadczeń (Consumer Quality Index, CQI) został zmodyfikowany pod kątem specyfiki opieki długoterminowej. System CQI uwzględnia opinie beneficjentów i ich przedstawicieli w rozbiciu na 10 aspektów: 1) plan opieki i jego ocena, 2) wspólne podejmowanie decyzji, 3) komunikacja i informacja, 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.³

W Kanadzie w 2023 r. opublikowano „Standardy krajowe dla usług opieki długoterminowej”⁴. Koncentrują się one na promowaniu dobrego zarządzania, sprawowaniu wysokiej jakości opieki skoncentrowanej na odbiorcy, zapewniającej mu satysfakcjonującą jakość życia, w warunkach gwarantujących bezpieczeństwo. Zwracają także uwagę na wagę inicjatyw wspierających zdrowie i podnoszenie kompetencji wśród personelu podmiotów opieki długoterminowej oraz promujących kulturę podnoszenia jakości i uczenia się w placówkach opieki długoterminowej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej	2 089	dane Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego	podmioty te będą obowiązane do dostosowania organizacji udzielania opieki i stosowanych procedur w tym zakresie do standardu organizacyjnego wprowadzanego rozporządzeniem
województwie	16	dana powszechnie znana	województwie, jako organy rejestrowe podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej, będą uwzględniali stosowanie standardu organizacyjnego przez te podmioty w ramach prowadzonych kontroli w tych podmiotach w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej

² Ibidem.

³ Ibidem.

⁴ <https://healthstandards.org/standards/national-long-term-care-services-standard/>.

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

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu rozporządzenia.

Równolegle z uzgodnieniami z członkami Rady Ministrów projekt został przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania:

– z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag do następujących podmiotów:

- 1) Naczelna Rada Lekarska;
- 2) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelna Rada Aptekarska;
- 4) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 5) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 6) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 7) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 8) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 9) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 10) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność-80”;
- 11) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 13) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 14) Forum Związków Zawodowych;
- 15) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 16) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 17) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 18) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 19) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 20) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 21) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 22) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 23) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 24) Konfederacja „Lewiatan”;
- 25) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 26) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 27) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 28) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 29) Polska Federacja Szpitali;
- 30) Pracodawcy Medycyny Prywatnej;

– z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag do następujących podmiotów:

- 1) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 2) Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” – Związek Stowarzyszeń;
- 3) Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 4) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 5) Fundacja „Razem w Chorobie”;
- 6) Federacja Pacjentów Polskich;
- 7) Fundacja „My Pacjenci”;
- 8) Fundacja „4Future”;
- 9) Fundacja „Z sercem do Pacjenta”;
- 10) Fundacja Zdrowie i Opieka;
- 11) Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie;
- 12) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 13) Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 14) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 15) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 16) Centrum e-Zdrowia;
- 17) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 18) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 19) Rzecznik Praw Dziecka;
- 20) Rzecznik Praw Obywatelskich;
- 21) Rzecznik Małych i Średnich Przedsiębiorców;
- 22) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;

- 23) Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego;
- 24) Wojewoda dolnośląski;
- 25) Wojewoda świętokrzyski;
- 26) Wojewoda podlaski;
- 27) Wojewoda lubuski;
- 28) Wojewoda mazowiecki;
- 29) Wojewoda opolski;
- 30) Wojewoda małopolski;
- 31) Wojewoda lubelski;
- 32) Wojewoda warmińsko-mazurski;
- 33) Wojewoda podkarpacki;
- 34) Wojewoda zachodniopomorski;
- 35) Wojewoda łódzki;
- 36) Wojewoda wielkopolski;
- 37) Wojewoda kujawsko-pomorski;
- 38) Wojewoda śląski;
- 39) Wojewoda pomorski;
- 40) Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych;
- 41) Konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
- 42) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 43) Konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii;
- 44) Konsultant krajowy w dziedzinie neurologii;
- 45) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 46) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- 47) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- 48) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki geriatrycznej;
- 49) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- 50) Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy;
- 51) Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher;
- 52) Państwowy Instytut Medyczny MSWiA w Warszawie;
- 53) Dom Lekarza Seniora im. dr Kazimierza Fritza;
- 54) Dom Pracownika Służby Zdrowia;
- 55) Główny Inspektor Pracy;
- 56) Główny Inspektor Farmaceutyczny;
- 57) Główny Inspektor Sanitarny.

Projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677).

Projekt rozporządzenia został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408).

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narodowy Fundusz Zdrowia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania			Projekt nie ma wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.									
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń			Projekt nie wywołuje skutków w tym zakresie.									
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	Projekt nie wywołuje wpływu na konkurencyjność gospodarki oraz funkcjonowanie przedsiębiorców.										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Rozwiązania wprowadzane projektowanym rozporządzeniem mogą wpłynąć na koszty ponoszone przez sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw – w odniesieniu do podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej.										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną obywateli, rodzin gospodarstw domowych.										
	osoby starsze i niepełnosprawne	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną osób starszych oraz osób niepełnosprawnych.										
Niemierzalne	–	–										
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na gospodarkę i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.										
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
☒ nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).					☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy							
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:					☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:							
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.					☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy							
Komentarz: brak.												

9. Wpływ na rynek pracy		
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt rozporządzenia wpłynie na poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki udzielanej pacjentom przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie opieki długoterminowej.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 31 grudnia 2025 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		