

ZWIĄZEK POWIATÓW POLSKICH
ASSOCIATION OF POLISH COUNTIES
(member of Council of European Municipalities and Regions)

Siedziba: Pałac Kultury i Nauki, 27 piętro, 00-901 Warszawa,
Plac Defilad 1, skr. poczt. 7, tel. 22 656 63 34, fax 22 656 63 33

Adres do korespondencji: 33-303 Nowy Sącz, skr. poczt. 87,
tel. 18 477 86 00, fax 18 477 86 11, e-mail: biuro@zpp.pl, www.zpp.pl



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

ZARZĄD

PREZES

Andrzej Pionka
POWIAT BIELSKI (woj. śląskie)

WICEPREZESI

Tadeusz Chrzan
POWIAT JAROSŁAWSKI

Jan Grabkowski
POWIAT POZNAŃSKI

Jerzy Kolarz
POWIAT BUSKI

Adam Krzysztoń
POWIAT ŁAŃCUCKI

Krzysztof Maćkiewicz
POWIAT WĄBRZESKI

Marian Niemirski
POWIAT PRZYSUSKI

Sławomir Snarski
POWIAT BIELSKI (woj. podlaskie)

Zbigniew Szumski
POWIAT ŚWIEBODZIŃSKI

CZŁONKOWIE

Mirosław Czajla
POWIAT MALBORSKI

Zbigniew Deptuła
POWIAT MAKOWSKI

Jarosław Dudkowiak
POWIAT GŁOGOWSKI

Ewa Janczar
MIASTO NA PRAWACH POWIATU
m.st. WARSZAWA

Józef Matyja
POWIAT RAWSKI

Andrzej Nowicki
POWIAT PISKI

Wojciech Pałka
POWIAT KRAKOWSKI

Andrzej Potępa
POWIAT BRZESKI

Radosław Roszkowski
POWIAT PRUDNICKI

Dariusz Szustek
POWIAT ŁUKOWSKI

Tomasz Temborski
POWIAT KOŁOBRZESKI

Mirosław Walicki
POWIAT GARWOLIŃSKI

KOMISJA REWIZYJNA

PRZEWODNICZĄCY

Józef Swaczyna
POWIAT STRZELECKI

Z-CIA PRZEWODNICZĄCEGO

Andrzej Szymanek
POWIAT WIERUSZOWSKI

CZŁONKOWIE

Zdzisław Bredeń
POWIAT OŁAWSKI

Andrzej Ciolek
POWIAT GOŁDAPSKI

Zdzisław Gamański
POWIAT CHEŁMIŃSKI

Krzysztof Nosel
POWIAT KALISKI

Andrzej Opala
POWIAT ŁÓDZKI WSCHODNI

Waldemar Trełka
POWIAT RADOMSKI

Bogdan Zieliński
POWIAT WYSOKOMAZOWIECKI

DYREKTOR BIURA

Rudolf Bonusiewicz

Or.A.0531/150/23

Warszawa, 28 czerwca 2023 roku

30.06.2023
Lp: DS.145.404.2023
Data: 30.06.2023

Szanowny Pan
Dariusz Salamończyk
Zastępca Szefa
Kancelarii Sejmu RP

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo z 16 czerwca br. w sprawie przedstawionego przez Prezydenta RP projektu ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej (nr druku 3382) przekazuję uwagi Związku Powiatów Polskich.

1. Art. 1 oraz art. 3 ust. 1.

Wątpliwości budzi przyjęta granica wieku, umożliwiająca skorzystanie ze szczególnej opieki geriatrycznej. W art. 3 ust. 2 wskazano, że celem szczególnej opieki geriatrycznej jest zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych. W uzasadnieniu do projektu ustawy (str. 5) wskazano, że cyt. „w Polsce przewidywana długość życia kobiet i mężczyzn w ciągu ostatnich dekad istotnie wzrosła. Między 1990 r. oraz 2021 r. wartość wskaźnika dla kobiet wzrosła z 75,2 do 79,7 (w 2019 r. 81,8 lat), zaś w przypadku mężczyzn z 66,2 do 71,8 (w 2019 r. 74,1)”. Zatem w przypadku mężczyzn przewidywana długość życia jest niższa niż granica wieku wskazana w projekcie umożliwiającą skorzystanie z nowych uprawnień. Może to wskazywać, na potrzebę objęcia projektowaną regulacją jednak osób młodszych, zwłaszcza w zakresie korzystania z usług centrów.

2. Art. 3 ust. 2 pkt 4.

W projekcie ustawy wskazano, że szczególna opieka geriatryczna ma na celu zapewnienie koncyliacji lekowej pacjentom centrum. Pacjent korzystający z usług centrum będzie uprawniony do korzystania również z innych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez innych świadczeniodawców, zatem realizacja wskazanego celu może być utrudniona. Dalsza część projektu ustawy nie odnosi się już do tak sformułowanego celu.

3. Art. 4, art. 30 pkt 2, art. 32, art. 33

Proponujemy wprowadzenie następujących poprawek:

1) art. 4 po pkt 1 dodać punkt 1a w brzmieniu:

1a) „jednostka organizacyjna pomocy społecznej – jednostka, o której mowa w art. 6 pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 901);”

2) art. 30 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) informowanie o zasadach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadach korzystania ze świadczeń pomocy społecznej i usług społecznych realizowanych przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej lub centra usług społecznych działające na obszarze działania centrum;”

3) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. 1. Centrum w ramach współpracy z jednostką organizacyjną pomocy społecznej lub centrum usług społecznych może, po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta, pozyskiwać od jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub centrum usług społecznych informacje mające znaczenie dla udzielanych pacjentowi w centrum świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, jednostka organizacyjna pomocy społecznej lub centrum usług społecznych obowiązane są niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika centrum, udostępnić informacje, o których mowa w ust. 1.”

5) art. 33 otrzymuje brzmienie:

„Art. 33. Osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz centrach usług społecznych informują osoby uprawnione o możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrum.”

Celem proponowanego pakietu poprawek jest rozszerzenie możliwości współpracy centrum 75+ o jednostki organizacyjne pomocy społecznej. W obecnym brzmieniu przepisu art. 32 odnosi się wyłącznie do ośrodków pomocy społecznej oraz centrów usług społecznych. Tymczasem np. zadania związane np. z rehabilitacją osób niepełnosprawnych prowadzą powiatowe centra pomocy rodzinie. Zadania związane ze wsparciem osób starszych zapewniają dzienne ośrodki wsparcia. W art. 33 wskazano jednostki pomocy społecznej tymczasem prawidłowym sformułowaniem powinno być „jednostki organizacyjne pomocy społecznej”.

4. Art. 8 pkt 3, w zw. z art.49

Projekt przewiduje nałożenie na powiaty obowiązku realizacji nowych zadań własnych. O ile zadanie wskazane w pkt 1 można traktować jako doprecyzowanie zadania, o którym mowa w art. 8 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o tyle zadanie wskazane w pkt 3 i 4 (utworzenie centrów, względnie zawarcie porozumienia z innym powiatem) jest niewątpliwe

nowym zadaniem. Zgodnie z art. 167 ust. 4 Konstytucji zmiany w zakresie zadań i kompetencji jednostek samorządu terytorialnego następują wraz z odpowiednimi zmianami w podziale dochodów publicznych. W projekcie ustawy zasady finansowania zadania nie zostały jasno określone. Jedynie w art. 49 odnoszącym się do zmian w ustawie o Funduszu Medycznym wskazano na możliwość dofinansowania z Funduszu tego zadania, bez gwarancji faktycznego otrzymania oraz bez wskazania poziomu finansowania. Na marginesie należy wskazać, że użyte słowo „dofinansowanie” w miejsce „finansowanie” wskazuje na obowiązek partycypacji powiatów w rzeczywistych kosztach utworzenia centrów. Biorąc pod uwagę obecną, dramatyczną sytuację finansową powiatów, z tak mglistymi zasadami dotyczącymi finansowania zadania zgodzić się nie możemy. Jeżeli geriatryka rzeczywiście ma stać się priorytetem, w projekcie ustawy muszą pojawić się konkretne rozwiązania odnoszące się do finansowania tego zadania, inaczej powiaty będą podchodzić z dużą ostrożnością do deklarowania chęci utworzenia centrów.

5. Art. 9 ust. 2 pkt 4

Proponujemy przepis skreślić. Biorąc pod uwagę obecną liczbę oddziałów geriatrycznych założenie jest nierealistyczne. Liczba trzech centrów przypadających na jedno oddział geriatryczny mogłaby być wartością docelową wskazaną w uzasadnieniu do projektu, albo wskazana w mapie potrzeb zdrowotnych lub wojewódzkich planach transformacji, o których mowa w art. 95a i n ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jeżeli natomiast taki zapis pojawia się jako prawny wymóg stawiany wojewodzie przy tworzeniu planu to będzie on niemożliwy do spełnienia. Należy przy tym zwrócić uwagę, że w przepisach przejściowych brak jest przepisu umożliwiającego dojście do wskazanego wskaźnika w dłuższej perspektywie czasowej (np. 5 lat).

6. Art. 10 ust. 1

W ust. 1 należy wskazać, że oddziały geriatryczne lokalizuje się również w innych podmiotach leczniczych niż szpitale ogólnopolskie, III lub II stopnia, jeżeli w dniu wejścia w życie ustawy posiadają oddziały geriatryczne, w których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Celem proponowanej korekty jest zachowanie status quo w odniesieniu do szpitali I stopnia już posiadających oddziały geriatryczne. W art. 50 projektu ustawy wskazano co prawda, że w pierwszym wojewódzkim planie uwzględnia się wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie ustawy, niemniej jednak gwarancja ta odnosi się tylko do pierwszego planu. Przy sporządzaniu kolejnego planu zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 10 ust. 2 projektu ustawy, oddziały takie brane byłyby pod uwagę dopiero w drugiej kolejności (tj. po stwierdzeniu braku możliwości zlokalizowania oddziałów geriatrycznych w szpitalach ogólnopolskich, III lub II stopnia).

7. Art. 11 ust. 1

Wielkości funkcjonowania centrów zostały ustawione bardzo sztywno. Dla zapewnienia większej elastyczności funkcjonowania przepisów, w tym tworzenia przez wojewodów planów wojewódzkich wydaje się, że w odniesieniu do dolnej granicy (min. 6 tys. mieszkańców, którzy ukończyli 75 r.ż.) powinien zostać

wprowadzony przepis umożliwiający jego obniżenie w uzasadnionych przypadkach. Nadrzędną wartością powinno być zapewnienie realnego dostępu do świadczeń.

8. Art. 12

Przy tworzeniu wojewódzkich planów wojewoda powinien brać pod uwagę również połączenia komunikacyjne, w przypadku gdy obszar działania centrum będzie obejmował obszar więcej niż jednego powiatu. Osoby starsze nie zawsze dysponują własnym środkiem transportu, a czasem z racji wieku rezygnują z prowadzenia pojazdów. Prawo do skorzystania z pomocy centrum nie powinno też być z założenia uzależnione od zapewnienia transportu przez opiekuna osoby starszej albo możliwości korzystania z transportu zapewnianego przez centrum (o potrzebie zapewnienia transportu przez centrum ma decydować lekarz).

9. Art. 13 ust. 1 i 2

1) Należy nałożyć na wojewodę obowiązek zawiadomienia powiatów o możliwości zgłoszenia propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrum. Z uwagi na dużą liczbę różnych zadań publicznych realizowanych przez powiaty, trudno wymagać, aby te na bieżąco śledziły komunikaty zamieszczane na stronach BIP urzędów wojewódzkich. Często strony BIP są nieczytelne, a komunikaty zamieszczane w sposób wymagający od czytelnika poszukiwania informacji. Nie powinno być dużym obciążeniem dla wojewodów wysłanie poprzez ePUAP lub system e-doręczeń stosownej informacji.

2) Termin 30 dni jest za krótki. Termin powinien wynosić co najmniej 60 dni, a optymalnie 90 od dnia otrzymania informacji od wojewody o rozpoczęciu prac nad sporządzeniem projektu planu. Efektem dokonania zgłoszenia (o ile zostanie to ujęte w planie) jest wzięcie przez powiat zobowiązania utworzenia centrum, nie później niż w terminie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy. Realizacja tego zobowiązania będzie wymagała poniesienia kosztów (nawet jeżeli częściowo zostaną sfinansowane ze środków Funduszu Medycznego). Biorąc pod uwagę art. 226 ust. 1 pkt 8 oraz ust. 3 ustawy o finansach publicznych, dokonanie przez powiat zgłoszenia propozycji utworzenia i lokalizacji centrum 75+ będzie wymagało uprzedniego podjęcia przez radę powiatu uchwały o zmianie wieloletniej prognozy finansowej (WPF). Przy czym w WPF dla każdego przedsięwzięcia określa się: nazwę i cel, jednostkę organizacyjną odpowiedzialną za realizację lub koordynującą wykonywanie przedsięwzięcia, okres realizacji i łączne nakłady finansowe, limity wydatków w poszczególnych latach, limit zobowiązań. Zatem już na tym etapie konieczne jest przeprowadzenie analizy dotyczącej kosztów i harmonogramu realizacji takiego przedsięwzięcia. Również w przypadku porozumień pomiędzy powiatami, zwracamy uwagę, że powierzenie prowadzenia zadań publicznych wymaga podjęcia uchwały przez radę powiatu (art. 12 pkt 8a w zw. z art. 5 ustawy o samorządzie powiatowym).

10. Art. 14 ust. 1

Ponownie jak w przypadku art. 13 ust. 1 wnosimy o uzupełnienie przepisu o nałożenie na wojewodę obowiązku zawiadomienia powiatów (ewentualnie również inne podmioty), o udostępnieniu planu w BIP i przedstawienia opinii w terminie 30 dni od daty zawiadomienia.

11. Art. 14 ust. 3

NFZ powinien być włączony w przygotowanie projektu planu na pierwszym etapie (tj. przed przekazaniem projektu planu do opiniowania). Tymczasem z projektowanego przepisu wynika, że projekt planu jest przygotowywany w porozumieniu z NFZ już po rozpatrzeniu opinii zainteresowanych podmiotów.

12. Art. 16 w zw. z art. 50

Z art. 16 wynika, że plan będzie przyjmowany raz, a następnie będzie jedynie podlegał aktualizacji. Tymczasem brzmienie art. 50 wskazuje, że najpierw będzie opracowany pierwszy plan, co sugeruje, że po jakimś czasie będą opracowywane nowe plany, a nie tylko aktualizacje pierwszego planu. Jest to istotne w kontekście uwagi zgłaszanej przez Związek Powiatów Polskich do art. 10 ust. 1.

13. Art. 19 ust. 2

Przepis jest zbędny. Zasady zawierania porozumień pomiędzy powiatami reguluje ustawa o samorządzie powiatowym. Natomiast w kontekście wzajemnych rozliczeń zwracamy uwagę, że bardzo trudno będzie zawrzeć powiatom porozumienie, jeżeli z ustawy nie wynika na jakich zasadach i w jakim trybie i kto będzie mógł się starać o dofinansowanie z Funduszu Medycznego w odniesieniu do utworzenia centrum wspólnego dla kilku powiatów.

14. Art. 20 ust. 3 pkt 1

Idea planowania i koordynacji opieki zdrowotnej nad pacjentami centrum jest słuszna. Zwracamy jednak uwagę, że z uprawnień przysługujących centrum nie wynikają żadne możliwości realnego wpływu na działanie innych podmiotów leczniczych. Biorąc pod uwagę czas oczekiwania na udzielenie niektórych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu publicznego oraz fakt, że osoby w wieku 75+ nie mają prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, istnieje uzasadniona obawa, że wskazane zadanie w praktyce będzie trudne do zrealizowania.

15. Art. 35

Przepis należy doprecyzować (w katalogu otwartym) elementy, które powinny znaleźć się w porozumieniu zawierającym pomiędzy szpitalem prowadzącym oddział geriatryczny a centrum 75+.

16. Art. 36 ust. 2

W związku z informacją zawartą na str. 28 uzasadnienia postulujemy, aby w ustawie wprost wskazać, że wstępna ocena geriatryczna jest dokonywana w oparciu o badanie fizykalne osoby, której dotyczy. Nie wydaje się stawianiem nadmiernych wymogów lekarzom POZ, aby przynajmniej zobaczyli pacjenta przed dokonaniem oceny. Odległość nie powinna być problemem skoro lekarze POZ realizują wizyty domowe, mają pacjenta na tzw. liście aktywnej i z tego tytułu pobierają wynagrodzenie ryczałtowe. Sugerowanie, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, będzie mógł dokonać wstępnej oceny geriatrycznej telefonicznie wydaje się nieporozumieniem. Zwracamy uwagę, że objęcie pacjenta opieką centrum nie powinno zwalniać lekarza POZ z obowiązków wynikających z ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

17. Art. 43 ust. 1 pkt 11

Sugerujemy uelastycznienie przepisu. Wiele organizacji w zakresie celów statutowych ma wpisaną opiekę nad osobami starszymi, seniorami, osobami w wieku emerytalnym (tym ostatnim sformułowaniem posługuje się ustawodawca w art. 4 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie). Wskazanie, że kandydata do rady będą mogły zgłaszać organizacje zrzeszające pacjentów, do których zadań statutowych należą sprawy dotyczące opieki nad osobami, które ukończyły 75 rok życia, będzie wymuszała na tych organizacjach formalną zmianę celów statutowych.

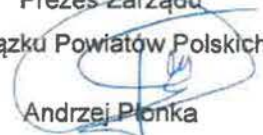
18. Art. 53 i 54

Olbrzymim problemem w kontekście możliwości utworzenia nowych oddziałów geriatrycznych, zwiększenia liczby łóżek w tych szpitalach oraz stworzenia centrów 75+ będzie brak kadr, w szczególności lekarzy geriatrów (lub lekarzy w trakcie specjalizacji). Z tego względu wskazane terminy obiektywnie wydają się nierealne. Ponadto obawiamy się, że stworzenie oddziałów geriatrycznych spowoduje odpływ kadr z istniejących oddziałów wewnętrznych (zwłaszcza w szpitalach I stopnia), które dzisiaj uzupełniają lukę w systemie i pogłębi się deficyt związany z zapewnieniem obsady na tych oddziałach.

19.

W przepisach przejściowych brakuje przepisu zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia do przygotowania rozporządzenia, o którym mowa w art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ewentualnie nowelizacji istniejących rozporządzeń koszykowych w zakresie odnoszącym się do udzielania świadczeń określonych w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej. Aby powiat mógł podjąć racjonalną decyzję zgłoszenia propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrum, w dniu wejścia w życie ustawy powinny być znane warunki udzielania świadczeń. Tymczasem na podstawie projektowanej ustawy jedynym rozporządzeniem jakie powinno być znane na 1 stycznia 2024 r. będzie rozporządzenie odnoszące się do dziennego ośrodka opieki geriatrycznej, które jest tylko jedną z usług świadczonych przez centrum 75+.

Z poważaniem

Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Andrzej Płonka