



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSP.WPP.0640.48.2023

Warszawa, 11 lipca 2023 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

przekazuję przyjęte przez **Radę Ministrów stanowisko** wobec przedstawionego przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projektu ustawy

- o szczególnej opiece geriatrycznej (druk nr 3382).

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do reprezentowania Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z wyrazami szacunku

Mateusz Morawiecki

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Stanowisko Rządu
wobec przedstawionego przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projektu ustawy
o szczególnej opiece geriatrycznej
(druk sejmowy nr 3382)

I. Przedmiot projektowanej regulacji

Celem projektu ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej (druk nr 3382), zwanej dalej „projekt ustawy”, jest zapewnienie opieki zdrowotnej osobom, które ukończyły 75. rok życia, co w konsekwencji ma sprzyjać zdrowemu starzeniu się. Uzasadniają to dane dotyczące zwiększającej się populacji polskich seniorów, co jest efektem wydłużenia się w ostatnich dziesięcioleciach przeciętnej długości życia Polaków i jednoczesnego wchodzenia w późną fazę starości pokoleń z powojennych roczników. Jednakże temu pozytywnemu zjawisku, jakim jest coraz dłuższe życie, nie towarzyszy zdrowe starzenie się. Projekt ustawy ma zapobiegać tym trendom. Zaplanowane rozwiązania są również wstępem do przemodelowania geriatрії w stronę podejścia środowiskowego, w którym świadczenia medyczne realizowane są w pobliżu miejsca zamieszkania seniora.

II. Informacje dotyczące projektowanej regulacji i ocena propozycji zawartych w projekcie

Sytuacja demograficzna

W Rzeczypospolitej Polskiej przewidywana długość życia kobiet i mężczyzn w ciągu ostatnich dekad istotnie wzrosła. Między 1990 r. oraz 2021 r. wartość tego wskaźnika dla kobiet wzrosła z 75,2 do 79,7, natomiast w przypadku mężczyzn z 66,2 do 71,8.

W 2021 r. trwanie życia w zdrowiu wyniosło 59,1 roku dla mężczyzn i 63,1 roku dla kobiet, zatem bardzo istotne jest podejmowanie inicjatyw, które wydłużą ten okres i pozwolą na zachowanie samodzielności i lepszej jakości życia.

Na koniec 2021 r. liczba osób, które osiągnęły wiek powyżej 75 lat wyniosła prawie 2,7 mln, co stanowiło 7,1% ogółu polskiej populacji. W kolejnych dekadach w polskim społeczeństwie nastąpi gwałtowny wzrost odsetka osób po 75. roku życia – w 2030 r. do 11,3%, w 2040 r. do 14,4%, a w 2050 r. już do 16,5%. Ponieważ od 2020 r. następuje szybki wzrost liczby najstarszych seniorów, którzy są grupą wymagającą szczególnego wsparcia medycznego i opiekuńczego, zatem niezbędne jest rozszerzenie oferty usług w tych zakresach.

Należy podkreślić, że zachodzące przemiany demograficzne skutkujące starzeniem się społeczeństwa prowadzą do wzrostu częstości występowania chorób przewlekłych oraz niepełnosprawności. Prowadzi to zarówno do konieczności zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych, co wiąże się ze znacznym wzrostem wydatków na ten cel, jak i koniecznością zaspokojenia rosnących potrzeb opiekuńczych. Wystąpienie pewnych zmian związanych z wiekiem jest nieuniknione, ale można odsunąć ich wystąpienie w czasie. Działania profilaktyczne, wczesne interwencje zdrowotne, a także udział w zajęciach edukacyjnych i integracja ze społecznością mogą przyczynić się do zahamowania rozwoju wielu chorób i zapobiegania utracie sprawności funkcjonalnej, poprawiając w ten sposób jakość życia i wydłużając jego oczekiwaną długość.

Założenia projektu

W projekcie ustawy określono cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia, zwanej dalej „szczególną opieką geriatryczną”. Rozwiązania te będą stanowić uzupełnienie dotychczas funkcjonujących świadczeń zdrowotnych. Celem ustawy nie jest reorganizacja systemu opieki geriatrycznej, ale wkomponowanie w dotychczasowe ramy nowych możliwości skierowanych dla sprecyzowanej grupy pacjentów.

Jak wskazano w art. 2 projektu ustawy, szczególna opieka geriatryczna ma być sprawowana w:

- 1) szpitalnych oddziałach geriatrycznych wskazanych w wojewódzkim planie działania szczególnej opieki geriatrycznej, zwanym dalej „wojewódzkim planem”;
- 2) Centrach Zdrowia 75+, zwanych dalej „Centrum”;
- 3) podstawowej opiece zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”.

Wśród nowych rozwiązań jako najistotniejsze należy wskazać:

- 1) wprowadzenie przesiewowej oceny geriatrycznej na poziomie POZ,**
- 2) uruchomienie Centrum Zdrowia 75+ oraz**
- 3) utworzenie nowych oddziałów geriatrycznych.**

Zgodnie z art. 3 ust. 1 projektu ustawy, do korzystania ze szczególnej opieki geriatrycznej na zasadach określonych w projektowanej ustawie mają prawo osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), które ukończyły 75. rok życia, zwane dalej „osobami uprawnionymi”. Świadczenia udzielane w ramach szczególnej opieki geriatrycznej będą kierowane do osób uprawnionych,

doświadczających wielochorobowości lub niepełnosprawności, u których pojawia się ryzyko utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania.

Zakłada się, że – dzięki wdrożeniu okresowej i kompleksowej usługi medycznej – możliwe będzie zahamowanie niesamodzielnosci i zwiększenie szans na odsunięcie w czasie konieczności objęcia opieką długoterminową. Pacjenci niewymagający tak kompleksowych działań będą, tak jak dotychczas, korzystać z dostępnych świadczeń medycznych z wiodącą rolą lekarza rodzinnego, natomiast pacjenci niesamodzieln i ciężko chorzy z leczenia szpitalnego czy form opieki długoterminowej.

Ocena stanu zdrowia będzie dokonywana na podstawie wstępnej oceny geriatrycznej [art. 36 projektu ustawy] oraz całościowej oceny geriatrycznej [art. 37 projektu ustawy]. Jak sprecyzowano w art. 3 ust. 2 projektu ustawy, szczególna opieka geriatryczna ma na celu:

- 1) zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych;
- 2) zapewnienie określonych w projekcie ustawy świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami Centrum, w szczególności przez zapewnienie całościowej oceny geriatrycznej oraz opracowanie i realizację indywidualnego planu postępowania terapeutycznego;
- 4) zapewnienie koncyliacji lekowej pacjentom Centrum;
- 5) zapewnienie działań profilaktycznych i promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb osób uprawnionych, w tym mających na celu zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielnosci tych osób;
- 6) zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom Centrum, oraz ich opiekunom;
- 7) zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom Centrum.

Rozwiązania uwzględnione w projekcie ustawy, w tym wprowadzenie wstępnej oceny geriatrycznej i powstanie nowej instytucji, nazwanej **Centrum Zdrowia 75+**, przewidują szybką identyfikację osób wymagających wsparcia, a następnie zaproponowanie kompleksowej diagnozy i leczenia. Planowane jest upowszechnienie dostępu do oddziałów geriatrycznych, na których pacjenci będą poddawani całościowej ocenie geriatrycznej, dzięki czemu możliwe będzie ustalenie właściwego kierunku dalszego postępowania. Wprowadzone usługi będą sprzyjać wspieraniu potencjału zdrowotnego pacjenta i utrzymaniu jego samodzielności.

Bazowe usługi medyczne powinny być dostępne w ramach POZ. Pacjenci w podeszłym wieku powinni być diagnozowani pod kątem ryzyka wystąpienia problemów geriatrycznych, m.in. przez realizację przesiewowej wstępnej oceny geriatrycznej. Inicjatywa ta wpisuje się w działania obejmujące tworzenie rozwiązań w zakresie opieki koordynowanej na poziomie

POZ i ukierunkowane na bieżącą promocję działań profilaktycznych i jak najwcześniejszą identyfikację problemów zdrowotnych.

Placówka Centrum będzie zapewniać możliwość kompleksowego podejścia do diagnozowania i leczenia pacjenta, a jeżeli zajdzie taka konieczność również rehabilitacji w różnych zakresach. Głównym celem działania Centrum będzie skoordynowana opieka medyczna dla pacjentów geriatrycznych w celu ustabilizowania ich stanu zdrowia oraz umożliwienia dalszego autonomicznego funkcjonowania w dotychczasowym środowisku.

Centrum będzie zakładem leczniczym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991), w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne [art. 20 projektu ustawy].

Będą tam udzielane następujące typy świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) świadczenia z zakresu geriatrici, udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia z zakresu geriatrici, udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) świadczenia z zakresu rehabilitacji, udzielane przez fizjoterapeutę;
- 4) świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej, udzielane przez psychologa;
- 5) porady dietetyka;
- 6) terapia zajęciowa;
- 7) edukacja zdrowotna.

Centrum będzie ponadto zapewniać planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami Centrum, w tym opracowywanie indywidualnych planów postępowania terapeutycznego, zwanego dalej „IPPT”, i ich realizację. IPPT będą opracowywane przez zespół geriatryczny, a sam proces ich tworzenia i realizacji został opisany w dalszej części niniejszego uzasadnienia. Ponadto na zlecenie lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum możliwe będzie zapewnienie pacjentowi transportu z miejsca zamieszkania pacjenta do Centrum i z powrotem.

Zgodnie z art. 22 projektowanej ustawy w strukturze Centrum będą wyodrębnione następujące części:

- 1) poradnia konsultacyjna;
- 2) co najmniej jeden dzienny ośrodek opieki geriatrycznej;
- 3) geriatryczny zespół opieki domowej;
- 4) zespół koordynatorów opieki geriatrycznej;
- 5) zespół edukatorów zdrowotnych.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w Centrum będą kategorią świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Oferowane w Centrum usługi będą świadczone w trybie ambulatoryjnym, dziennym i tylko przez określony czas. **Po cyklu leczenia pacjent będzie kierowany pod dalszą opiekę POZ, a w sytuacji braku poprawy stanu zdrowia otrzyma skierowanie do objęcia opieką długoterminową.**

Biorąc pod uwagę potrzebę zapewnienia równomiernego dostępu do świadczeń zdrowotnych, świadczenia będą udzielane osobom uprawnionym mającym miejsce zamieszkania na obszarze działania Centrum [art. 21 projektu ustawy]. Konstrukcja ta ma również na celu zachęcenie powiatów do tworzenia Centrów dla swoich mieszkańców i zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń.

Usługi świadczone w Centrum

Wstępna ocena geriatryczna, zwana dalej „WOG”, będzie poprzedzać skierowanie osoby uprawnionej do Centrum. Ustawa wprowadzi obowiązek zaproponowania pacjentowi przeprowadzenia diagnozy WOG przez lekarza lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej w okresie 6 miesięcy od dnia ukończenia przez niego 75 lat.

W art. 52 projektu ustawy przewidziano, że w przypadku osób, które ukończyły 75. rok życia przed wejściem w życie ustawy, wstępną ocenę geriatryczną przeprowadza się w terminie jednego roku od dnia wejścia w życie ustawy. Ze względu na wysokie ryzyko pojawienia się problemów geriatrycznych w tej grupie osób, badania przesiewowe powinny być realizowane minimum raz w roku.

Skierowanie do Centrum będzie wystawiane również przez lekarza udzielającego świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie geriatrii, lekarza wykonującego zawód w oddziale geriatrycznym albo lekarza wykonującego zawód w innym oddziale szpitala, w którym nie ma oddziału geriatrycznego, będących lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawą dla tych specjalistów do wystawienia skierowania będzie wynik całościowej oceny geriatrycznej, zwanej dalej „COG”, osoby, która ukończyła 75. rok życia. Pacjentami Centrum będą mogli zostać chorzy, który według skali Barthel stosowanej podczas COG osiągną wynik pomiędzy 40 a 60 punktów (możliwe odstępstwa będą uzależnione od decyzji lekarza).

Świadczenia, które będą realizowane przez zespół geriatryczny we współpracy z koordynatorem opieki geriatrycznej, edukatorem zdrowotnym oraz punktem informacyjno-recepcyjnym zapewnią przeprowadzenie diagnozy geriatrycznej, identyfikację problemów geriatrycznych,

stworzenie planu leczenia - IPPT i co najważniejsze, będą pomagać pacjentowi w realizacji kolejnych kroków tego planu.

Pacjenci geriatryczni wymagający bardziej intensywnych form usprawniania, będą kierowani do dziennych ośrodków opieki geriatrycznej, zwanej dalej „DOOG” [art. 24 projektu ustawy]. DOOG zapewni czasową, dzienną opiekę dla pacjentów, u których stwierdzono potrzebę objęcia taką opieką, oraz wsparcie i doradztwo dla opiekunów pacjentów, w zakresie organizacji opieki i leczenia tych osób. Formy wsparcia zostaną określone w IPPT.

W trakcie turnusu w DOOG pacjent i jego rodzina, jeśli będzie taka potrzeba, zostaną objęci wsparciem edukacyjnym w zakresie organizacji opieki, leczenia i funkcjonowania pacjenta w domu. Celem działań podejmowanych w DOOG będzie obniżenie wskaźnika ponownych hospitalizacji oraz odciążenie oddziałów szpitalnych w zapewnianiu opieki i rehabilitacji usprawniającej.

Zgodnie z art. 32 projektu ustawy Centrum w ramach współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej lub centrum usług społecznych będzie mogło, po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta, pozyskiwać od ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych informacje, ale tylko te mające znaczenie dla udzielanych tej osobie świadczeń zdrowotnych. Informacje będą przekazywane niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika Centrum. To rozwiązanie stworzy możliwość zastosowania komplementarnego podejścia do problemów zdrowotnych i socjalnych pacjenta.

Po zakończeniu realizacji indywidualnego planu koordynator opieki geriatrycznej będzie zobowiązany do przeprowadzenia z pacjentem, jego opiekunem oraz osobami zaangażowanymi w realizację planu rozmowy podsumowującej.

Po zakończeniu realizacji indywidualnego planu, Centrum wyda pacjentowi kartę informacyjną zawierającą zalecenia dalszego postępowania, w tym objęcia tej osoby innymi formami opieki zdrowotnej [art. 41 projektu ustawy]. Pacjent w dobrym stanie zdrowia będzie kontynuował opiekę zapewnianą przez POZ.

Celem nadrzędnym funkcjonowania Centrum, w tym DOOG, będzie odsunięcie w czasie momentu niesamodzielności oraz wspieranie zdrowego i satysfakcjonującego starzenia się. Najważniejsza będzie intensyfikacja działań przez wsparcie zespołu geriatrycznego, koordynatora opieki geriatrycznej, edukatora medycznego i rehabilitacji dostępnej w DOOG. Usługi będą świadczone w komunikacji z innymi instytucjami medyczno-opiekuńczymi.

Centra, w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym, będą współpracować z **podmiotami prowadzącymi oddział geriatryczny** [art. 35 projektu ustawy]. Oddział geriatryczny będzie współpracował z maksymalnie trzema Centrami [art. 9 projektu ustawy], a przypisanie poszczególnych jednostek zostanie określone w wojewódzkim planie. Sposób realizacji współpracy określi porozumienie zawarte pomiędzy podmiotem leczniczym prowadzącym szpital a Centrum.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, na początku maja 2023 r. w systemie było 69 oddziałów geriatrycznych, dysponujących 1356 łózkami i 31 oddziałów psychogeriatrycznych, dysponujących 1004 łózkami. Były one nierównomiernie rozmieszczone na obszarze Polski, co skutkuje bardzo zróżnicowanym terytorialnie dostępem do adekwatnej opieki dla najstarszych pacjentów.

Projekt ustawy w art. 10 zakłada, że oddziały geriatryczne realizujące szczególną opiekę geriatryczną będą lokalizowane w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do poziomu szpitali ogólnopolskich, szpitali III lub szpitali II stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w dziale IVB ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem:

- 1) potrzeby zapewnienia równomiernego rozmieszczenia oddziałów geriatrycznych na terenie województwa;
- 2) potrzeby zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku braku możliwości zlokalizowania oddziałów geriatrycznych w wymienionych podmiotach leczniczych, będzie można je utworzyć w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do poziomu szpitali I stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, a przy braku takiej możliwości, w innych szpitalach.

Oddziały geriatryczne, realizujące szczególną opiekę geriatryczną będą tworzone w podmiotach leczniczych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie oddziałów geriatrycznych będzie odbywało się na podstawie umów i w oparciu o zasady ogólne.

Ustawa wprowadza wymagania dotyczące liczby łóżek geriatrycznych przypadających na określoną populację. Łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na terenie województwa nie może być mniejsza niż 50 łóżek na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia, zamieszkałych na terenie tego województwa, według stanu na dzień 31 grudnia roku

poprzedniego. Zgodnie z art. 53 projektu ustawy cel ten powinien być osiągnięty w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie projektu ustawy.

Podział zadań w ramach realizacji szczególnej opieki geriatrycznej

Zgodnie z art. 5 projektu zadania z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej będą spoczywały na:

- 1) ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 2) wojewodzie;
- 3) powiatach.

Zadania ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej, określone w art. 6 projektu ustawy, będą następujące:

- 1) określanie kierunków rozwoju szczególnej opieki geriatrycznej;
- 2) monitorowanie organizacji i dostępności szczególnej opieki geriatrycznej;
- 3) dokonywanie oceny projektów wojewódzkich planów;
- 4) zatwierdzanie wojewódzkich planów oraz ich aktualizacji.

Zadania wojewody z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej będą następujące [art. 7 projektu ustawy]:

- 1) sporządzanie projektu wojewódzkiego planu oraz jego aktualizacji;
- 2) uzgadnianie z właściwymi powiatami warunków utworzenia Centrum;
- 3) monitorowanie działalności Centrum w zakresie organizacji i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Zadania powiatu z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej będą następujące [art. 8 projektu ustawy]:

- 1) rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących teren powiatu;
- 2) zgłaszanie propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji Centrum (zgodnie z art. 13 ust. 2 projektu ustawy, zagadnienie opisane w dalszej części tego uzasadnienia);
- 3) utworzenie Centrum, w przypadku gdy taka potrzeba wynika z wojewódzkiego planu;
- 4) zawieranie porozumień pomiędzy powiatami, które będą sobie przekazywać do realizacji zadanie utworzenia Centrum.

W projekcie określono także ramy funkcjonowania **Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej**, która będzie organem opiniodawczo doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Do najważniejszych zadań Rady będzie należało:

- 1) doradztwo w zakresie opieki geriatrycznej, w szczególności w zakresie określania przez ministra właściwego do spraw zdrowia kierunków rozwoju opieki geriatrycznej;
- 2) przedstawianie propozycji zmian w zakresie opieki geriatrycznej;
- 3) opiniowanie przekazywanych przez wojewodów projektów wojewódzkich planów;
- 4) opiniowanie przekazywanych przez wojewodów raportów dotyczących oceny organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) opiniowanie finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w Centrach i w szpitalnych oddziałach geriatrycznych.

Finansowanie

Świadczenia, które będą udzielane w Centrum zostaną uwzględnione w odpowiednim rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dokładne umiejscowienia tych świadczeń w ramach odpowiedniego zakresu zostanie określone na dalszym etapie prac) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 45 projektu ustawy, do finansowania świadczeń realizowanych w Centrum stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań. Oznacza to, że świadczenia finansowane są na podstawie umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia z Centrum, jednak podstawą do zawarcia umowy nie jest postępowanie konkursowe a umieszczenie danego podmiotu zdrowotnego w wojewódzkim planie. Podmiot ten musi spełniać warunki do zawarcia umowy na realizację świadczeń w Centrum, określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przepisy art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się odpowiednio (dotyczy trybu określania przedmiotu postępowania i szczegółowych warunków umów).

Utworzenie Centrum będzie finansowane ze środków własnych powiatu lub ze środków Funduszu Medycznego, zgodnie z art. 7 i art. 19 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875, z późn. zm.). Stosowne zmiany umożliwiające wykorzystanie środków Funduszu Medycznego zostały zaplanowane w art. 49 projektu ustawy. Pozyskane środki finansowe będą mogły być przeznaczone na budowę nowego obiektu,

przebudowę, modernizację lub doposażenie istniejącego obiektu w wysokości do 100% całkowitych kosztów inwestycji.

Finansowanie oddziałów geriatrycznych będzie odbywało się w oparciu o zasady ogólne i na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które podmiot leczniczy, w którym powstanie oddział realizujący szczególną opiekę geriatryczną zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie oddziałów geriatrycznych szczegółowo regulowane jest w zarządzeniu Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. Głównym mechanizmem rozliczania oddziałów geriatrycznych, podobnie jak ma to miejsce w całym systemie szpitalnym są tzw. jednorodne grupy pacjentów (JGP), finansowanie zaś odbywa się w oparciu o ryczałt systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń.

Zakłada się, że **ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.** za wyjątkiem zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.) oraz części zmian do ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, które mają wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Mając powyższe na uwadze, pozytywnie ocenić należy, że projektowana regulacja odpowiada na wyzwania wynikające z sytuacji demograficznej i prognoz dotyczących zwiększającej się populacji osób starszych z uwzględnieniem ich potrzeb zdrowotnych.

Zaletami wprowadzenia efektywnej opieki dedykowanej starszym pacjentom z wielochorobowością oraz kompleksowego systemu wsparcia dla osób w wieku 75 lat i więcej, są możliwość ograniczenia ryzyka liczby hospitalizacji (w tym ponownej hospitalizacji), zwiększenie szans na poprawę stanu funkcjonalnego i pozostania w środowisku domowym. W rezultacie możliwe będzie również wydłużenie życia w zdrowiu oraz poprawa jego jakości.

Należy mieć na uwadze, że wielochorobowość u osób starszych skutkuje konsultacjami u wielu lekarzy specjalistów. Pacjenci w rezultacie mają wdrożone liczne terapie, w tym lekowe, pomiędzy którymi zachodzą interakcje powodujące niekorzystne efekty i zagrażające zdrowiu pacjenta. Zjawisko to, zwane polipragmazją, jest możliwe do skorygowania dzięki koordynacji leczenia.

Również osoby bliskie osób starszych powinny odczuć korzyści wynikające z lepszego dostępu do świadczeń medycznych i wielopłaszczyznowej rehabilitacji, które będą realizowane

w Centrum. Dzięki obecności koordynatorów opieki geriatrycznej łatwiejsze stanie się zarządzanie procesem leczenia, z kolei usługi edukatora zdrowotnego ułatwią pielęgnację chorującego członka rodziny.

Nie mniej ważny jest aspekt ekonomiczny przyjętych rozwiązań. W ujęciu makroekonomicznym należy spodziewać się wzrostu wydatków na upowszechnienie szpitalnej opieki geriatrycznej oraz utworzenie Centrów Zdrowia 75+. Jednocześnie, całościowe podejście geriatryczne powinno w efekcie powinno przyczyniać się do większej efektywności kosztowej opieki nad starszymi pacjentami. Lepsza opieka ambulatoryjna powinna sprzyjać ograniczeniu długich hospitalizacji i zmniejszać ryzyko konieczności włączenia form opieki długoterminowej. W przypadku starszych pacjentów, pobyt w placówce całodobowej powinien być rozważany w ostateczności, jako że ta forma jest radykalną zmianą modelu funkcjonowania człowieka, prowadzącą często do dodatkowych powikłań, a ponadto opcją bardzo kosztowną.

Realizacja ustawy może też wymagać wprowadzenia dodatkowych rozwiązań w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej i zapewnienia do niej dostępu dla wszystkich podmiotów zaangażowanych w organizację szczególnej opieki geriatrycznej.

Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy wpisują się w nurt polityki deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, zoperacjonalizowany w dokumencie strategicznym „Zdrowa Przyszłość” Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r., który został przyjęty przez Radę Ministrów 27 grudnia 2021 r. Założenia projektu ustawy wpisują się w działania ukierunkowane na zakładane w ww. strategii wydłużenie trwania życia w zdrowiu oraz poprawę jakości życia, a także rozwój usług w środowisku lokalnym i wsparcie dla opiekunów nieformalnych.

Należy wskazać, że w Rzeczypospolitej Polskiej praktykę prowadzi stosunkowo niewielu geriatrów. Dlatego też jednym z warunków rozwoju kadry geriatrycznej jest stworzenie większych możliwości wykonywania tego zawodu, m.in. przez udostępnienie opcji rzetelnej diagnostyki i świadczeń medycznych dostosowanych do bardzo zróżnicowanych potrzeb seniorów. Wydaje się, że powstanie nowych oddziałów geriatrycznych oraz perspektywa rozwoju tej dziedziny powinny wpłynąć zachęcająco na absolwentów uczelni medycznych do podejmowania specjalizacji w dziedzinie geriatrii. Nowe oddziały będą zwiększać liczbę miejsc szkoleniowych oraz możliwości sprawowania opieki nad pacjentami, co umożliwi zdobywanie doświadczenia.

Także w ujęciu społecznym powstanie Centrów może przynieść wymierne korzyści. Przez zapewnienie adekwatnego wsparcia medycznego, w tym usług rehabilitacyjnych, a także

komunikację z systemem pomocy społecznej możliwe będzie podejmowanie wcześniejszych i skoordynowanych interwencji. Istotne jest także założenie ułatwienia dostępu do informacji gdzie i w jaki sposób osoby starsze mogą korzystać z usług zdrowotnych, i szerzej społecznych. Seniorzy w wieku 75+ zostaną objęci skoordynowaną opieką, która powinna przełożyć się na poprawę jakości ich życia, a także na zmniejszenie i odsunięcie w czasie obciążeń związanych ze sprawowaniem opieki nad osobami starszymi dla ich bliskich lub opiekunów nieformalnych. Wydłużenie okresu sprawności funkcjonalnej seniora spowoduje, że osoby starsze dłużej pozostaną niezależne.

Rozwiązania przewidziane w projekcie ustawy mogą korzystnie wpłynąć na lokalne rynki pracy, dzięki utworzeniu w powiatach podmiotów leczniczych, które będą zatrudniać pracowników z różnymi kwalifikacjami. W podmiotach tych zatrudnienie znajdą absolwenci kierunków kształcenia o zdrowiu publicznym – jest to liczna grupa osób, której potencjał dotychczas nie został wykorzystany. Centra będą zatrudniać również edukatorów zdrowotnych. Ich aktywność przyczyni się do popularyzacji wiedzy o pielęgnacji seniorów.

W przypadku populacji seniorów kluczowe znaczenie w poprawie jakości i długości życia będzie miała szybka diagnoza, podjęcie właściwych działań naprawczych i większy dostęp do rehabilitacji geriatrycznej. Obecnie istnieje luka w tych zakresach, bądź są one realizowane w niewystarczającym stopniu.

Przy czym należy zauważyć, że wskazane w projekcie ustawy zmiany w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym częściowo pokrywają się ze zmianami zgłoszonymi w projekcie ustawy o ochronie małoletnich przed dostępem do treści nieodpowiednich w internecie (druk nr 3282). Oba projekty ustaw wprowadzają jednobrzmiący nowy pkt 3 do art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (rozszerzając listę wnioskodawców, którzy mogą złożyć propozycję projektu strategicznego) oraz wprowadzają zmiany w art. 19 w ust. 3 w pkt 1, rozszerzając opis tam zawarty i proponując częściowo pokrywające się modyfikacje obszarów działań programu inwestycyjnego (jednak w tym zakresie nowelizacja zawarta w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej jest szersza - uwzględniając, poza opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień, także świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach stacjonarnych).

III. Stanowisko Rady Ministrów

Uwzględniając powyższe, Rada Ministrów **pozytywnie opiniuje** przedstawiony przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej (druk nr 3382) i rekomenduje kontynuację prac legislacyjnych.