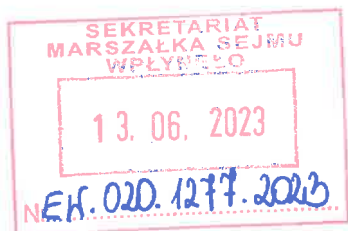




PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Andrzej Duda

Warszawa, dnia 13 czerwca 2023 r.



Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy:

– ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do reprezentowania mojego stanowiska w toku prac nad projektem ustawy upoważniam Panią Małgorzatę Paprocką, Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Z szanowaniem
Andrzej Duda

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L.dz. SPS-WP.020.167-2023

Data wpływu 13.06.2023

U S T A W A

z dnia 2023 r.

o szczególnej opiece geriatrycznej¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia, zwanej dalej „szczególną opieką geriatryczną”.

Art. 2. Szczególna opieka geriatryczna na zasadach określonych w ustawie jest sprawowana w:

- 1) szpitalnych oddziałach geriatrycznych wskazanych w wojewódzkim planie działania szczególnej opieki geriatrycznej, zwanym dalej „wojewódzkim planem”;
- 2) centrach zdrowia 75+, zwanych dalej „centrami”;
- 3) podstawowej opiece zdrowotnej.

Art. 3. 1. Do korzystania ze szczególnej opieki geriatrycznej na zasadach określonych w 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.²⁾), które ukończyły 75. rok życia, zwane dalej „osobami uprawnionymi”.

2. Szczególna opieka geriatryczna ma na celu:

- 1) zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych;
- 2) zapewnienie określonych w ustawie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami centrum, w szczególności przez zapewnienie całościowej oceny geriatrycznej oraz opracowanie i realizację

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658.

indywidualnego planu postępowania terapeutycznego, zwanego dalej „indywidualnym planem”;

- 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 niesamodzielności tych osób;
- 6) zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom centrum oraz ich opiekunom;
- 7) zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom centrum.

Art. 4. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) całościowa ocena geriatryczna – wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia, planowania opieki zdrowotnej oraz poprawy sprawności funkcjonalnej i jakości życia;
- 2) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527);
- 3) obszar działania centrum – obszar działania centrum określony w wojewódzkim planie;
- 4) opiekun – osobę bliską lub opiekuna faktycznego w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, 2280 i 2705 oraz z 2023 r. poz. 605);
- 5) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 6) podmiot leczniczy – podmiot, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991);
- 7) podmiot wykonujący działalność leczniczą – podmiot, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8) skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey 13) – badanie kwestionariuszowe, obejmujące samoocenę stanu zdrowia i wykonywania codziennych czynności, pomagające zidentyfikować osoby o zwiększonym ryzyku znacznego pogorszenia stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej;
- 9) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 10) wstępna ocena geriatryczna – badanie przesiewowe przeprowadzone na podstawie wywiadu bezpośredniego, uwzględniające skalę VES-13, badanie fizykalne i badania laboratoryjne, mające na celu stwierdzenie potrzeby objęcia danej osoby szczególną opieką geriatryczną.

Rozdział 2

Wykonywanie zadań z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej

Art. 5. Zadania z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej wykonują:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wojewoda;
- 3) powiat.

Art. 6. 1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej należy:

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

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, minister właściwy do spraw zdrowia może wykonywać przy pomocy jednostki podległej lub nadzorowanej przez tego ministra, właściwej w zakresie geriatry.

Art. 7. Do zadań wojewody z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej należy:

- 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.

Art. 8. Do zadań powiatu z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej należy:

- 1) rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących na terenie powiatu;
- 2) zgłaszanie propozycji dotyczącej utworzenia i lokalizacji centrum, o której mowa w art. 13 ust. 2;
- 3) utworzenie centrum, w przypadku gdy taka potrzeba wynika z wojewódzkiego planu;
- 4) zawieranie porozumień, o których mowa w art. 19 ust. 1.

Rozdział 3

Wojewódzki plan

Art. 9. 1. Placówki szczególnej opieki geriatrycznej działają na terenie województwa na podstawie wojewódzkiego planu, sporządzanego przez właściwego wojewodę i zatwierdzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę do Spraw Opieki Geriatrycznej, zwaną dalej „Krajową Radą”.

2. Wojewódzki plan określa:

- 1) lokalizację szpitalnych oddziałów geriatrycznych sprawujących szczególną opiekę geriatryczną, zwanych dalej „oddziałami geriatrycznymi”, na terenie województwa, ze wskazaniem podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w którym zlokalizowany jest oddział geriatryczny lub, w którym będzie utworzony oddział geriatryczny;
- 2) obszary działania wraz z lokalizacją poszczególnych centrów;
- 3) minimalną liczbę łóżek w poszczególnych oddziałach geriatrycznych;
- 4) przypisanie do oddziału geriatrycznego nie więcej niż trzech centrów z nim współpracujących.

Art. 10. 1. Oddziały geriatryczne, lokalizuje się 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.

2. W przypadku braku możliwości zlokalizowania oddziałów geriatrycznych w podmiotach leczniczych, o których mowa w ust. 1, oddziały te lokalizuje się w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do poziomu szpitali I 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, a przy braku takiej możliwości, w innych szpitalach, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. 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, zamieszkujących na terenie tego województwa, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

4. Lokalizację oddziału geriatrycznego, wojewoda określa po otrzymaniu pisemnej deklaracji podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, o którym mowa w ust. 1 i 2, o gotowości włączenia oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu.

Art. 11. 1. Obszar działania centrum obejmuje teren powiatu, jego części, kilku powiatów albo ich części, zamieszkały łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75. rok życia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

2. Przy sporządzaniu wojewódzkiego planu wojewoda uwzględnia zgłoszenia, o których mowa w art. 13 ust. 2, chyba że ich uwzględnienie nie jest możliwe ze względu na konieczność zapewnienia równomiernego rozmieszczenia centrów na terenie województwa lub dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrach.

3. W przypadku braku zgłoszenia, o którym mowa w art. 13 ust. 2, na obszarze działania centrum, albo niezłożenia deklaracji, o której mowa w art. 13 ust. 4, centrum lokalizuje się w podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania centrum, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 12.

Art. 12. Przy sporządzaniu wojewódzkiego planu wojewoda bierze pod uwagę:

- 1) liczbę osób, które ukończyły 60. rok życia zamieszkujących na terenie województwa, ustaloną zgodnie z art. 10 ust. 3;
- 2) liczbę osób, które ukończyły 75. rok życia zamieszkujących na terenie poszczególnych powiatów, ustaloną zgodnie z art. 11 ust. 1;
- 3) potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa:
 - a) oddziałów geriatrycznych,
 - b) centrów;
- 4) potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w:
 - a) szpitalnych oddziałach geriatrycznych,
 - b) centrach.

Art. 13. 1. Wojewoda udostępnia informację o rozpoczęciu prac nad sporządzaniem projektu wojewódzkiego planu w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego.

2. W terminie 30 dni od dnia udostępnienia informacji, o której mowa w ust. 1, powiat zgłasza pisemną propozycję dotyczącą utworzenia i lokalizacji centrum, uwzględniając przepisy art. 11 ust. 1 i art. 12 pkt 2, pkt 3 lit. b i pkt 4 lit. b.

3. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 2, zawiera:

- 1) propozycję lokalizacji centrum:
 - a) wraz ze wskazaniem podmiotu leczniczego, w którym ma ono być utworzone – w przypadku gdy centrum ma zostać utworzone w ramach struktury organizacyjnej istniejącego podmiotu leczniczego, albo
 - b) wraz z informacją, że ma być ono utworzone jako nowy podmiot leczniczy, w formie o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) proponowany obszar działania centrum;
- 3) liczbę osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących na obszarze, o którym mowa w pkt 2, ustaloną według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 1, do zgłoszenia dołącza się pisemną deklarację podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lit. a, o gotowości utworzenia w tym podmiocie centrum, a w przypadku, o którym mowa w art. 19 ust. 1 – również porozumienie o przyjęciu do realizacji zadania utworzenia centrum.

Art. 14. 1. Wojewoda udostępnia projekt wojewódzkiego planu w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego w celu przedstawienia przez zainteresowane podmioty opinii do tego projektu.

2. W terminie 30 dni od dnia udostępnienia projektu wojewódzkiego planu zainteresowane podmioty mogą przedstawić wojewodzie opinie dotyczące tego projektu.

3. Wojewoda, po rozpatrzeniu opinii zainteresowanych podmiotów, przygotowuje w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia projekt wojewódzkiego planu, który przekazuje do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Art. 15. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 60 dni od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, po zaopiniowaniu go przez Krajową Radę, dokonuje jego oceny i zatwierdza go albo zgłasza do niego uwagi.

2. Dokonując oceny projektu wojewódzkiego planu minister właściwy do spraw zdrowia bierze w szczególności pod uwagę dostępność świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, które ukończyły 75. rok życia.

3. Wojewoda, w terminie 14 dni od dnia otrzymania uwag ministra właściwego do spraw zdrowia, uwzględnia te uwagi i ponownie przekazuje projekt wojewódzkiego planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w celu zatwierdzenia. Przepis ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

4. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewódzki plan wojewoda udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego.

Art. 16. Wojewódzki plan podlega aktualizacji, w szczególności w przypadku konieczności zapewnienia dostępności w zakresie szczególnej opieki geriatrycznej. Do aktualizacji wojewódzkiego planu stosuje się odpowiednio przepisy art. 9–15.

Rozdział 4

Utworzenie centrum

Art. 17. 1. Centrum tworzy się:

- 1) w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego wskazanego w wojewódzkim planie, albo
- 2) jako nowy podmiot leczniczy utworzony przez powiat, w formie, o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wskazany w wojewódzkim planie.

2. Utworzenie centrum następuje po zatwierdzeniu wojewódzkiego planu albo jego aktualizacji przez ministra właściwego do spraw zdrowia i udostępnieniu wojewódzkiego planu przez wojewodę w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego.

Art. 18. 1. Nazwa „centrum zdrowia 75+” może być używana wyłącznie dla oznaczenia, podmiotu leczniczego będącego centrum wskazanego w wojewódzkim planie.

2. Nazwa „centrum zdrowia 75+” podlega ochronie prawnej.

Art. 19. 1. Powiat może zawrzeć z powiatem sąsiednim, położonym na terenie tego samego województwa, porozumienie o przekazaniu temu powiatowi sąsiedniemu do realizacji zadania utworzenia centrum.

2. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, określa w szczególności sposób realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, warunki wzajemnych rozliczeń oraz tryb kontroli realizacji tego zadania.

Rozdział 5

Organizacja szczególnej opieki geriatrycznej

Art. 20. 1. Centrum jest zakładem leczniczym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2. W centrum udziela się świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących w szczególności:

- 1) świadczenia z zakresu geriatry, udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia z zakresu geriatry, udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) świadczenia z zakresu rehabilitacji, udzielane przez fizjoterapeutę;
- 4) świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej, udzielane przez psychologa;
- 5) porady dietetyka;
- 6) terapię zajęciową;
- 7) edukację zdrowotną.

3. Centrum zapewnia:

- 1) planowanie i koordynowanie opieki zdrowotnej nad pacjentami centrum, w tym opracowywanie dla tych osób indywidualnych planów i ich realizację;
- 2) transport pacjentów centrum oraz ich wyżywienie.

4. Transport, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, jest wykonywany na zlecenie lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w centrum i obejmuje transport z miejsca zamieszkania pacjenta centrum do centrum i z powrotem.

5. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, są świadczeniami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 21. W centrum udziela się świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym mającym miejsce zamieszkania na obszarze działania centrum.

Art. 22. W centrum wyodrębnia się:

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

Art. 23. W poradni konsultacyjnej zapewnia się udzielanie porad specjalistycznych, w zakresie, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 1 i 3, porad psychologicznych oraz świadczeń pielęgniarских.

Art. 24. 1. W dziennym ośrodku opieki geriatrycznej zapewnia się czasową, dzienną opiekę dla pacjentów, u których zgodnie z indywidualnym planem stwierdzono potrzebę objęcia taką opieką, oraz wsparcie i doradztwo dla opiekunów pacjentów centrum, w zakresie organizacji opieki i leczenia pacjentów centrum.

2. W dziennym ośrodku opieki geriatrycznej zapewnia się pacjentowi centrum wyżywienie w dniu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz na zlecenie lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w centrum, transport z miejsca zamieszkania tego pacjenta do dziennego ośrodka opieki geriatrycznej i z powrotem.

3. Łączny okres korzystania ze świadczeń dziennego ośrodka opieki geriatrycznej w ciągu roku nie może przekroczyć 12 tygodni.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób funkcjonowania i minimalny zakres świadczeń realizowanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, kierując się potrzebą zapewnienia pacjentom centrum właściwego wsparcia, oraz realizacją celów określonych w art. 3 ust. 2.

Art. 25. 1. Geriatryczny zespół opieki domowej zapewnia udzielanie, w warunkach domowych, świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrum pacjentom, których stan zdrowia uniemożliwia uzyskanie tych świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, w tym realizację indywidualnych planów.

2. W skład geriatrycznego zespołu opieki domowej wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog oraz koordynator opieki geriatrycznej.

Art. 26. Koordynatorem opieki geriatrycznej może być osoba, która posiada wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub ukończyła studia podyplomowe z zakresu: gerontologii, geriatry, opieki nad osobami starszymi lub opieki geriatrycznej.

Art. 27. 1. Do zadań koordynatora opieki geriatrycznej należy:

- 1) udzielanie pacjentom centrum oraz ich opiekunom, informacji o organizacji procesu postępowania terapeutycznego;
- 2) uczestniczenie w opracowywaniu indywidualnych planów;
- 3) koordynowanie wykonania indywidualnych planów;

- 4) zapewnienie współpracy pomiędzy podmiotami i osobami uczestniczącymi w procesie postępowania terapeutycznego;
- 5) udzielanie pacjentom centrum wsparcia na wszystkich etapach procesu postępowania terapeutycznego;
- 6) współpraca z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej oraz centrami usług społecznych w zakresie dotyczącym potrzeb pacjentów centrum.

2. Koordynator opieki geriatrycznej nie może udzielać w centrum świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone w ust. 1.

Art. 28. 1. Edukatorem zdrowotnym może być osoba, która ma wykształcenie wyższe w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu oraz ukończyła szkolenie z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

2. Szkolenie, o którym mowa w ust. 1, ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy oraz umiejętności zawodowych w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej uwzględniającej potrzeby osób, które wymagają opieki geriatrycznej, i odbywa się na podstawie programu szkolenia zawierającego:

- 1) założenia organizacyjnoprogramowe określające rodzaj i cel szkolenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania jego efektów;
- 2) plan nauczania;
- 3) wykaz umiejętności wynikowych;
- 4) treści nauczania;
- 5) wskazówki metodyczne;
- 6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.

3. Program szkolenia opracowuje Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, przy udziale ekspertów posiadających doświadczenie zawodowe i dorobek naukowy w zakresie geriatry.

4. Program, o którym mowa w ust. 3, zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Zatwierdzony program szkolenia Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego udostępnia na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Art. 29. Do zadań edukatora zdrowotnego należy prowadzenie różnych form edukacji zdrowotnej dostosowanej do potrzeb pacjentów, oraz ich opiekunów, obejmującej:

- 1) rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych i planowanie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem stanu zdrowia i warunków środowiskowych, w których funkcjonuje pacjent, celem uzyskania przez niego kompetencji do podejmowania samoopieki;
- 2) podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia i rozumieniem zasad jego funkcjonowania oraz zwiększanie poziomu świadomości odnośnie czynników społecznych i środowiskowych wpływających na zdrowie;
- 3) ewaluację samodzielności pacjenta w zakresie kontroli stanu zdrowia, choroby oraz zapobiegania jej skutkom, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także zwiększenia aktywności fizycznej i uczestnictwa w życiu społecznym.

Art. 30. W centrum działa punkt informacyjno-recepcyjny, do zadań którego należy w szczególności:

- 1) informowanie o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych w centrum oraz zasadach ich udzielania;
- 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 ośrodki pomocy społecznej i centra usług społecznych działające na obszarze działania centrum;
- 3) w przypadku osób uprawnionych, które zgłosiły się do centrum bez skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz:
 - a) dokonały wyboru świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej – umówienie, za zgodą osoby uprawnionej, terminu wizyty u tego świadczeniodawcy w celu przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej,
 - b) nie dokonały wyboru świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej – poinformowanie o możliwości wyboru takiego świadczeniodawcy i przeprowadzenia przez niego wstępnej oceny geriatrycznej.

Art. 31. 1. Centrum w ramach współpracy z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą może pozyskiwać od tych podmiotów informacje o stanie zdrowia oraz leczeniu pacjenta centrum.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, podmioty wykonujące działalność leczniczą są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika centrum, udostępnić informacje, o których mowa w ust. 1.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1, obejmują również dokumentację medyczną, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Art. 32. 1. Centrum w ramach współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej lub centrum usług społecznych może, po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta, pozyskiwać od ośrodka 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, ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika centrum, udostępnić informacje, o których mowa w ust. 1.

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

Art. 34. 1. Do monitorowania działalności centrum w zakresie organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w centrum, wojewoda stosuje odpowiednio przepisy art. 118 ust. 2 pkt 1–5 i ust. 4 oraz art. 122 ust. 1–3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Przeprowadzenie czynności wykonywanych w ramach monitorowania działalności Centrów wojewoda może zlecić konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie geriatrici. Zlecenie to następuje na podstawie umowy, zawierającej w szczególności określenie terminu wykonania czynności oraz wysokość wynagrodzenia za ich wykonanie.

3. Na podstawie danych pozyskanych z monitoringu, o którym mowa w ust. 1 i 2, wojewoda opracowuje raport za rok poprzedni dotyczący oceny organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Centrach działających na terenie województwa i przekazuje go, w terminie do dnia 30 czerwca, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Krajowej Radzie.

Art. 35. 1. Do zadań podmiotu, w ramach którego działa oddział geriatryczny, należy współpraca z przypisanymi w wojewódzkim planie Centrami, w zakresie udzielania przez te Centra świadczeń opieki zdrowotnej osobom uprawnionym.

2. Sposób realizacji współpracy, o której mowa w ust. 1, określa porozumienie zawarte pomiędzy podmiotem leczniczym prowadzącym szpital a centrum.

Rozdział 6

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w centrum

Art. 36. 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie geriatrii, lekarz wykonujący zawód w oddziale geriatrycznym albo lekarz wykonujący zawód w innym oddziale szpitala, w którym nie ma oddziału geriatrycznego, będący lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego, kierują osobę uprawnioną do właściwego ze względu na miejsce jej zamieszkania centrum.

2. Skierowanie osoby uprawnionej, do centrum przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej następuje po przeprowadzeniu wstępnej oceny geriatrycznej tej osoby, jeżeli wynik wstępnej oceny geriatrycznej wynosi co najmniej 6 punktów w skali VES-13.

3. Wstępną ocenę geriatryczną poprzedzającą skierowanie osoby uprawnionej do centrum przeprowadza lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, po uzyskaniu zgody osoby uprawnionej, w terminie 6 miesięcy od dnia ukończenia przez tę osobę 75. roku życia, a następnie w zależności od stanu jej zdrowia, nie rzadziej jednak niż raz na rok.

4. Wyniki wstępnej oceny geriatrycznej dołącza się do skierowania do centrum.

5. Skierowanie do centrum 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 następuje po przeprowadzeniu całościowej oceny geriatrycznej osoby uprawnionej. Wyniki całościowej oceny geriatrycznej dołącza się do skierowania do centrum.

Art. 37. 1. W centrum przeprowadza się całościową ocenę geriatryczną osoby uprawnionej.

2. Całościowej oceny geriatrycznej nie przeprowadza się, jeżeli osoba uprawniona posiada wyniki całościowej oceny geriatrycznej przeprowadzonej w okresie 30 dni przed dniem wystawienia skierowania do centrum.

Art. 38. 1. Na podstawie wyników całościowej oceny geriatrycznej, o której mowa w art. 37, w centrum opracowuje się dla osoby uprawnionej i w porozumieniu z tą osobą, indywidualny plan.

2. Indywidualny plan obejmuje:

- 1) informację o podstawowych problemach zdrowotnych i społecznych pacjenta centrum;
- 2) określenie celu postępowania terapeutycznego;
- 3) określenie planowanych metod osiągnięcia celu postępowania terapeutycznego, w szczególności wskazanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentowi w centrum;
- 4) określenie potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych pacjenta, w tym potrzeby zbadania przez właściwy ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych możliwości objęcia osoby świadczeniami z zakresu pomocy społecznej lub usługami społecznymi;
- 5) okres i harmonogram realizacji indywidualnego planu.

3. Indywidualny plan jest opracowywany przez zespół geriatryczny, w którego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog i koordynator opieki geriatrycznej.

4. Indywidualny plan podlega okresowej ewaluacji przez zespół, o którym mowa w ust. 3, nie rzadziej jednak niż raz na 3 miesiące.

Art. 39. 1. Koordynację wykonania indywidualnego planu zapewnia koordynator opieki geriatrycznej.

2. W ramach koordynacji, o której mowa w ust. 1, koordynator opieki geriatrycznej:

- 1) monitoruje wykonanie indywidualnego planu;
- 2) udziela pacjentowi centrum oraz jego opiekunowi, informacji o sposobie realizacji indywidualnego planu;
- 3) zapewnia współpracę między osobami i podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z indywidualnego planu;
- 4) zapewnia przepływ informacji na wszystkich etapach realizacji indywidualnego planu;
- 5) współpracuje z opiekunem pacjenta centrum oraz podmiotami leczniczymi i innymi jednostkami.

3. Po zakończeniu realizacji indywidualnego planu koordynator opieki geriatrycznej przeprowadza z pacjentem centrum, jego opiekunem oraz osobami zaangażowanymi w realizację indywidualnego planu rozmowy podsumowujące realizację indywidualnego planu.

Art. 40. Jeżeli w wyniku dokonania oceny stanu zdrowia i warunków życia okaże się, że pacjent może potrzebować usług z zakresu pomocy społecznej, w szczególności usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych lub umieszczenia w domu pomocy społecznej, centrum, po uzyskaniu zgody pacjenta centrum, zawiadamia właściwy ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych o konieczności rozpoznania jego potrzeb.

Art. 41. Po zakończeniu realizacji indywidualnego planu, centrum wydaje pacjentowi centrum kartę informacyjną zawierającą zalecenia dalszego postępowania, w tym objęcia pacjenta centrum innymi formami opieki zdrowotnej.

Rozdział 7

Krajowa Rada

Art. 42. 1. Krajowa Rada jest organem opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Do zadań Krajowej Rady należy:

- 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 projektów wojewódzkich planów oraz ich aktualizacji;
- 4) opiniowanie przekazywanych przez wojewodów raportów dotyczących oceny organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) opiniowanie finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w centrach i w oddziałach geriatrycznych.

Art. 43. 1. Krajowa Rada składa się z:

- 1) dwóch przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) dwóch przedstawicieli Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) przedstawiciela ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego;
- 4) konsultantów krajowych w dziedzinach: geriatry, rehabilitacji, psychiatrii, pielęgniarstwa geriatrycznego oraz zdrowia publicznego;
- 5) przedstawiciela Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) przedstawiciela Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 7) przedstawiciela Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher;

- 8) przedstawiciela wskazanego przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 9) przedstawiciela Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) przedstawiciela stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszającymi specjalistów w dziedzinie geriatrici lub medycyny rodzinnej;
- 11) przedstawiciela organizacji zrzeszających pacjentów, do których zadań statutowych należą sprawy dotyczące opieki nad osobami, które ukończyły 75. rok życia, objęte zakresem ustawy.

2. Członków Krajowej Rady, o których mowa w ust. 1, powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia. Członków Rady, o których mowa w ust. 1 pkt 2-11, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami.

3. Członkowie Krajowej Rady, o których mowa w ust. 1 pkt 10 i 11, są powoływani spośród kandydatów wskazanych przez stowarzyszenia i organizacje, o których mowa w ust. 1 pkt 10 i 11, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia udostępnienia na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o naborze przedstawicieli takich stowarzyszeń i organizacji na członków Rady.

Art. 44. 1. Przewodniczącego Krajowej Rady wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród członków Krajowej Rady.

2. W pracach Krajowej Rady mogą uczestniczyć osoby niebędące członkami Krajowej Rady, zaproszone przez Przewodniczącego Krajowej Rady. Osobom tym nie przysługuje prawo głosu przy podejmowaniu rozstrzygnięć.

3. Krajowa Rada podejmuje rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Krajowej Rady.

4. Krajowej Rada działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Za udział w pracach Krajowej Rady nie przysługuje wynagrodzenie.

6. Członkom Krajowej Rady biorącym udział w posiedzeniu Krajowej Rady oraz osobom, o których mowa w ust. 2, zamieszkałym poza miejscowością, w której odbywa się posiedzenie Krajowej Rady, przysługuje zwrot kosztów przejazdu i zakwaterowania oraz dieta na zasadach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi

zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej.

7. Obsługę Krajowej Rady zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Koszty funkcjonowania Krajowej Rady są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Rozdział 8

Finansowanie szczególnej opieki geriatrycznej

Art. 45. 1. Do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ust. 2 i 3, udzielanych pacjentom 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.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę ze świadczeniodawcą wskazanym w wojewódzkim planie spełniającym warunki do zawarcia umowy na realizację świadczeń, o których mowa w ust. 1, 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.

Rozdział 9

Przepisy karne

Art. 46. 1. Kto, nie będąc do tego uprawnionym, używa w nazwie, w firmie lub do określenia wykonywanej przez siebie działalności gospodarczej albo w reklamie określenia „centrum zdrowia 75+”, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

2. Reklamą jest przekaz handlowy, pochodzący od podmiotu publicznego lub prywatnego, w związku z jego działalnością gospodarczą lub zawodową, zmierzający do promocji sprzedaży lub odpłatnego korzystania z towarów lub usług; reklamą jest także autopromocja.

3. Tej samej karze podlega, kto dopuszcza się czynu określonego w ust. 1, działając w imieniu osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.

Rozdział 10

Zmiany w przepisach, przepisy dostosowujące i przepis końcowy

Art. 47. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731³⁾) w art. 29 w ust. 4 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, dyrektor państwowego instytutu badawczego uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia i nadzorowanego przez Ministra Obrony Narodowej, dyrektor Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych.”.

Art. 48. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 29 otrzymuje brzmienie:

„Art. 29. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 325 i art. 599 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1061, 1115 i 1855), art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego, art. 112 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700) oraz art. 21 i art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. poz.)”;

2) w art. 95d w ust. 2 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) centrum zdrowia 75+, o którym mowa w ustawie z dnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.”;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 1733, 2731 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605 i 650.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658.

Art. 49. W ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875 oraz z 2022 r. poz. 2674) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7:
 - a) w pkt 2 po wyrazach „polegającego na” dodaje się wyrazy „budowie,”,
 - b) w pkt 8 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 9 w brzmieniu:
„9) dofinansowanie zadania polegającego na budowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. poz.), w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.”;
- 2) w art. 13 w ust. 2 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:
„3) podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.”;
- 3) w art. 19 w ust. 3:
 - a) w pkt 1 po wyrazach „opiekuńczo-leczniczych” dodaje się przecinek oraz wyrazy „świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych.”,
 - b) w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
„5) wsparcie tworzenia centrów zdrowia 75+, o których mowa w ustawie z dnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. poz.).”.

Art. 50. 1. Wojewoda rozpoczyna prace nad opracowaniem pierwszego wojewódzkiego planu, udostępniając w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego informację, o której mowa w art. 13 ust. 1, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. W pierwszym wojewódzkim planie uwzględnia się:

- 1) wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy;
- 2) centra zgłoszone na podstawie art. 13 ust. 2.

Art. 51. 1. Tworzy się Krajową Radę do Spraw Opieki Geriatrycznej.

2. Pierwszych członków Krajowej Rady minister właściwy do spraw zdrowia powoła do dnia 1 marca 2024 r.

Art. 52. W przypadku osób, które ukończyły 75. rok życia przed wejściem w życie ustawy, wstępną ocenę geriatryczną, o której mowa w art. 36 ust. 3 ustawy, przeprowadza się w terminie roku od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 53. W okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych ujętych w wojewódzkim planie może być mniejsza niż określona na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy.

Art. 54. W okresie 3 lat od dnia wejścia w życie ustawy edukatorem zdrowotnym może być osoba, która nie spełnia wymogu ukończenia szkolenia, o którym mowa w art. 28 ust. 1.

Art. 55. Powiat jest obowiązany do utworzenia centrum, w przypadku gdy wynika to z wojewódzkiego planu, albo do zawarcia porozumienia, o których mowa w art. 19 ust. 1, nie później niż w terminie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 56. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r., z wyjątkiem art. 47, art. 49 pkt 1 lit a, 2 i 3 lit. a, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia

UZASADNIENIE

Cel inicjatywy ustawodawczej

Nadrzędnym celem prezentowanej inicjatywy ustawodawczej Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej jest zapewnienie szczególnej opieki geriatrycznej osobom, które ukończyły 75 rok życia, a w konsekwencji sprzyjanie zdrowemu starzeniu się. Zaplanowane rozwiązania są również wstępem do przemodelowania geriatry w stronę podejścia środowiskowego, w którym świadczenia medyczne realizowane są w pobliżu miejsca zamieszkania seniora.

Populacja seniorów istotnie powiększa się, co jest efektem wydłużenia się w ostatnich dziesięcioleciach przeciętnej długości życia Polaków i jednoczesnego wchodzenia w późną fazę starości pokoleń z powojennych roczników. Pozytywnemu zjawisku, jakim jest coraz dłuższe życie, nie towarzyszy zdrowe starzenie się. Stopniowa utrata zdrowia i sprawności to procesy charakterystyczne dla starości. Jednak badania wskazują, że samopoczucie polskich seniorów przeciętnie jest gorsze niż wśród mieszkańców innych krajów unijnych, co wynika z niepełnosprawności i istotnych ograniczeń zdrowotnych utrudniających samodzielne funkcjonowanie. Zaspokojenie potrzeb szybko rosnącej grupy osób w wieku podeszłym wymaga przygotowania odpowiedniej infrastruktury, usług, a przede wszystkim kadr medycznych i opiekuńczych.

Potrzeba włączenia nowych usług z obszaru ochrony zdrowia jest dostrzegana przez samych seniorów i ich rodziny, ale też przez sektor medyczny i samorządowy, które nie mogą obecnie zaoferować kompleksowej opieki. Postępująca wielochorobowość i niepełnosprawność, będące naturalną konsekwencją starzenia się, dzięki odpowiedniemu postępowaniu mogą być łagodzone i odwlekane w czasie. Aby w pełni skorzystać z możliwości medycyny i rozwiązań sprzyjających zdrowemu starzeniu się potrzebujemy zmian w systemie ochrony zdrowia.

Specyfika chorowania i powrotu do utraconych funkcjonalności u osób starszych wymaga wielokierunkowego podejścia. Taki typ sprawowania opieki jest stosowany w geriatry. W Polsce praktykę prowadzi stosunkowo niewielu geriatrów. Najbardziej popularne są konsultacje specjalistyczne, co w przypadku wielochorobowości prowadzi do licznych wizyt lekarskich, a każda dysfunkcja jest leczona bez całościowej oceny stanu pacjenta. Konsekwencją takiego podejścia jest nadmierne przyjmowanie leków i dalsze pogarszanie się stanu zdrowia. W rezultacie, zbyt często włączane jest leczenie szpitalne, a następnie różne formy opieki długoterminowej. 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.

Skutki ustawy będzie można oceniać w kilku płaszczyznach. Przede wszystkim istotnie poprawi się jakość życia osób starszych, które bez dodatkowego wsparcia tracą samodzielność

i wymagają opieki ze strony najbliższych. Również rodziny seniorów odczuwają korzyści wynikające z lepszego dostępu do świadczeń medycznych i wielopłaszczyznowej rehabilitacji, które będą realizowane w Centrum Zdrowia 75+. 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 jest tańsze i efektywniejsze niż obecnie realizowany model licznych konsultacji specjalistycznych i rozproszonej diagnostyki. Lepsza opieka ambulatoryjna powinna sprzyjać ograniczeniu długich hospitalizacji i zmniejszać ryzyko konieczności włączenia form opieki długoterminowej. Pobyt w placówce całodobowej powinien być rozważany w ostateczności, jako że ta forma jest radykalną zmianą modelu funkcjonowania człowieka, a ponadto opcją bardzo kosztowną.

Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy wpisują się w nurt polityki deinstytucjonalizacji, rekomendowanej przez WHO, UE i OECD. Cel ten został zoperacjonalizowany w polskim 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.¹ Oczekiwane efekty tej strategii, tj.: wydłużenie trwania życia w zdrowiu oraz poprawa jakości życia w środowisku lokalnym, są spójne z celami niniejszego projektu ustawy.

Zgodnie z Konstytucją RP „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej (...) osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”. Pojęcie „szczególnej” należy rozumieć jako konieczność przejawiania troski wobec osób, które ze względu na wiek doświadczają kumulacji problemów zdrowotnych. Tym samym uzupełnienie działań ochrony zdrowia o dodatkowe interwencje umożliwiające utrzymanie jak najlepszej kondycji zdrowotnej wydaje się być naturalnym kierunkiem działania władz publicznych. Aby wypełnić zobowiązanie zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, powstał niniejszy projekt ustawy, który określa cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75 rok życia. Koncepcja szczególnej opieki geriatrycznej została opracowana w Kancelarii Prezydenta RP we współpracy z Narodową Radą Rozwoju, Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz w konsultacji z innymi partnerami.

¹ Dokument przyjęty uchwałą nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. *„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”* (RM-06111-193-21).

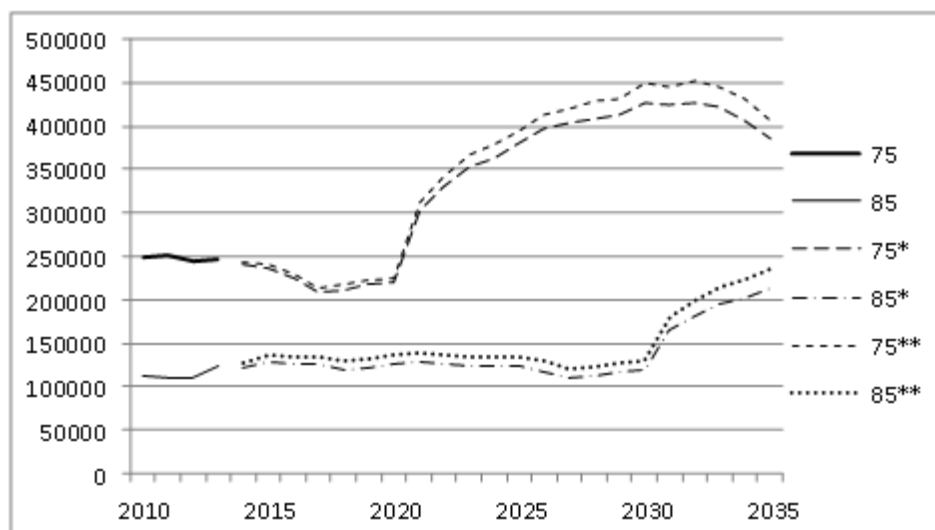
Demografia i specyfika zdrowotna populacji seniorów

Wybrane cechy demograficzne

Obserwowane w ostatnich latach zmiany w strukturze wieku mieszkańców Polski związane są z wydłużaniem się życia oraz niskim poziomem dzietności. Zjawisko starzenia się społeczeństw dotyczy w zasadzie wszystkich krajów rozwiniętych. Istotne jest także wchodzenie w okres starości roczników wyżu powojennego, czyli osób urodzonych zaraz po zakończeniu II wojny światowej. Oznacza to gwałtowny przyrost liczby osób w wieku co najmniej 75 lat już od 2020 roku.

Na koniec 2021 r. liczba osób co najmniej 75-letnich wyniosła prawie 2 700 tys., co stanowiło 7,1% ogółu populacji. W kolejnych dekadach w polskim społeczeństwie nastąpi gwałtowny wzrost odsetka osób po 75. r. ż. - w 2030 r. do 11,3%, w 2040 r. do 14,4%, a w 2050 r. już do 16,5%². W rezultacie szybko będzie wzrastać liczba najpierw siedemdziesięciolatków, a następnie, z odpowiednim opóźnieniem, siedemdziesięciopięcioletnich, osiemdziesięciopięcioletnich i osiemdziesięcioletnich (Wykres 1). Ponieważ od 2020 r. następuje szybki wzrost liczby najstarszych seniorów, którzy są grupą wymagającą szczególnego wsparcia medycznego i opiekuńczego, niezbędne jest poszerzenie oferty usług w tych zakresach.

Wykres 1. Liczba osób dożywających swych 75. i 85. urodzin w latach 2010-2035.



Źródło: Dane GUS – rzeczywiste i prognozy z 2008 r. (*) i 2014 r. (**)

Starzenie się ludności, mierzone udziałem osób po 75 r. ż. w ogóle mieszkańców, kształtuje się odmiennie w różnych rejonach kraju. W 2021 r. najmniejszy odsetek osób starszych zamieszkiwał województwa warmińsko-mazurskie (6,2%), wielkopolskie (6,3%) i lubuskie (6,3%), z kolei „najstarsze” były województwa: świętokrzyskie, łódzkie i lubelskie, gdzie odsetek mieszkańców wieku co najmniej 75 lat oscylował wokół 8% (Tabela 1). W ujęciu bezwzględny największa liczba osób starszych żyła w województwach: mazowieckim (400 tys.), śląskim (336 tys.) i małopolskim (242 tys.).

² Prognoza ludności na lata 2014-2050 (opracowana 2014 r.), GUS, 2015, źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>

Tabela 1. Ludność w wieku 75 lat i więcej wg województw – liczba i odsetek w ogóle ludności (stan w dniu 31.12.2021).

Województwo	Liczba osób 75+	Udział osób 75+ (%)
POLSKA	2 694 541	7,1
Dolnośląskie	200 417	6,9
Kujawsko-pomorskie	137 596	6,8
Lubelskie	158 204	7,8
Lubuskie	61 687	6,3
Łódzkie	192 558	8,0
Małopolskie	242 309	7,1
Mazowieckie	396 350	7,2
Opolskie	72 068	7,6
Podkarpackie	146 786	7,0
Podlaskie	88 914	7,7
Pomorskie	149 057	6,3
Śląskie	336 394	7,7
Świętokrzyskie	96 074	8,1
Warmińsko-mazurskie	85 889	6,2
Wielkopolskie	219 537	6,3
Zachodniopomorskie	110 701	6,7

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (stan w dniu 31.12.2021), GUS, 2022

Znacznie większe zróżnicowanie obserwuje się w ujęciu terytorialnym na poziomie powiatów, gdzie waha się ono między 3,9% a 12,9%. Do powiatów z najmniejszym udziałem (poniżej 4,5%) mieszkańców w wieku co najmniej 75 lat w 2021 r. należały: powiat wrocławski (3,9%), policki (4,0%), gdański (4,2%), kartuski (4,3%), poznański (4,4%) oraz toruński (4,5%). Na drugim biegunie znalazły się powiaty z odsetkiem najstarszych mieszkańców przekraczającym 10%: miasto Sopot (12,9%), hajnowski (11,6%) oraz bielski (10,6%). W 71 powiatach odsetek ten wynosi co najmniej 8%.

Szerzej pojmowana populacja osób starszych, po 60 r. ż., obejmuje w Polsce ponad 9 730 tys. osób. W województwach mazowieckim i śląskim na koniec 2021 r. liczba mieszkańców 60+ przekraczała milion osób, w kolejnych ośmiu województwach była większa niż pół miliona (Tabela 2). Jest to niejednorodna grupa obejmująca właściwie dwa pokolenia – stąd też pojawiło się stosowane przez demografów określenie „podwójnego starzenia się ludności”. Zjawisko to niesie ze sobą znaczące konsekwencje dla polityki zdrowotnej i społecznej, gdyż młodszy seniorzy, jeszcze samodzielni, ale już borykający się z problemami zdrowotnymi przejmują na siebie obowiązki opieki nad rodzicami w zaawansowanej starości. Subpopulacja najstarszych seniorów (75+) w zależności od województwa stanowi około 25-30% ludności po 60 r.ż. W kolejnych dekadach najstarsze grupy będą zasilane licznymi rocznikami obecnych 60-latków. Oznacza to wzrost presji na rozwój usług zdrowotnych i opiekuńczych, wspierających seniorów w samodzielnym życiu we własnym środowisku. Sprostanie temu oczekiwaniu przyniesie korzyści zarówno w zakresie poprawy jakości życia seniorów i osób młodszych (potencjalnych opiekunów), jak również w wymiarze ekonomicznym dzięki odciążeniu osób w wieku produkcyjnym w obowiązkach opiekuńczych nad starszymi członkami rodziny.

Tabela 2. Liczba mieszkańców w danej grupie wiekowej w Polsce i poszczególnych województwach (dane na 31.12.2021 r.)

Województwo	60+	60-74	75+
POLSKA	9 730 077	7 035 536	2 694 541
Dolnośląskie	775 163	574 746	200 417
Kujawsko-pomorskie	522 951	385 355	137 596
Lubelskie	542 899	384 695	158 204
Lubuskie	257 091	195 404	61 687
Łódzkie	678 487	485 929	192 558
Małopolskie	810 504	568 195	242 309
Mazowieckie	1 348 362	952 012	396 350
Opolskie	255 713	183 645	72 068
Podkarpackie	509 541	362 755	146 786
Podlaskie	296 002	207 088	88 914
Pomorskie	563 039	413 982	149 057
Śląskie	1 193 527	857 133	336 394
Świętokrzyskie	338 493	242 419	96 074
Warmińsko-mazurskie	349 194	263 305	85 889
Wielkopolskie	839 902	620 365	219 537
Zachodniopomorskie	449 209	338 508	110 701

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS

Cechą charakterystyczną grupy osób najstarszych jest feminizacja, wyrażająca się w rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet. W 2021 r. w grupie 75-79 lat kobiety stanowiły 61%, wśród osób 80+ letnich już 69%. Inne atrybuty polskiej starości to samotność, niesamodzielność i trudna sytuacja finansowa. Polscy seniorzy są mało aktywni zawodowo, społecznie i towarzysko, co sprzyja pogłębianiu biedy i wykluczenia.

Stan zdrowia seniorów

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)³. W związku z tym wydłuża się okres korzystania ze świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych, co implikuje konieczność ich rozwoju, np. poprzez wzrost liczby kadr realizujących usługi.

Na konieczność podjęcia polityki aktywnego wspierania zdrowia seniorów, tzw. *healthy ageing*, wyraźnie wskazuje zbyt wolne wydłużanie fazy życia, kiedy Polacy mogą cieszyć się dobrym stanem zdrowia. W okresie między latami 2010 i 2020 oczekiwane trwanie życia w zdrowiu noworodka płci męskiej wzrosło z 58 do 59,2 lat, zaś płci żeńskiej z 61,6 do 63,1 lat. Przez pozostałe lata, stanowiące około 20% całego życia, znaczna część seniorów

³ Rocznik Demograficzny 2022, GUS, 2022

najprawdopodobniej będzie chorować bądź doświadczać niepełnosprawności. Obecnie połowa 75-latków i około 60% 80-latków deklaruje niepełnosprawność, przy czym problem ten częściej dotyka kobiet.

W Polsce istnieje silna korelacja pomiędzy zamieszkiwanym regionem a sytuacją zdrowotną w cyklu życia (Tabela 3). Przeciętnie, najdłużej dobrym zdrowiem cieszą się mieszkańcy Polski zachodniej (województwa: wielkopolskie - 61,2 lat mężczyźni i 64,9 lat kobiety; zachodniopomorskie - 60,7 lat i 64,8 lat; lubuskie - 60,6 lat i 64,6 lat), zaś najkrócej mieszkańcy Polski wschodniej, południowej i województwa łódzkiego, przy czym nieco odmiennie są wyniki poszczególnych płci. Wśród kobiet najkrótsze życie w zdrowiu czeka mieszkanki województw lubelskiego - 62,3, łódzkiego - 62,5, podkarpackiego - 62,6 i podlaskiego - 62,6 lat. W przypadku mężczyzn najmniej korzystne wskaźniki dotyczą mieszkańców województw: łódzkiego - 58,1, śląskiego i dolnośląskiego - po 58,6 lat i świętokrzyskiego - 58,7 lat. Na silne regionalne zróżnicowanie wskazuje również fakt, że w województwach z wykazywaną najdłuższą liczbą lat przeżytych w zdrowiu wskaźnik ten szybciej rośnie niż w województwach z notowaną niższą liczbą lat. W przypadku kobiet w województwach lubelskim, podkarpackim i podlaskim pomiędzy latami 2010-2020 zaobserwowano nawet skrócenie o prawie rok okresu zdrowego życia, podczas gdy w zachodniopomorskim, wielkopolskim i lubuskim zdrowe życie wydłużyło się o ponad 4,5 roku.

Tabela 3. Przewidywana długość życia w zdrowiu noworodka urodzonego w 2010 r. i 2020 r. wg płci i województw.

Województwa	Chłopcy			Dziewczynki		
	2010	2020	2020-2010	2010	2020	2020-2010
POLSKA	58,0	59,2	1,2	61,6	63,1	1,5
Dolnośląskie	57,0	58,6	1,6	60,7	62,9	2,2
Kujawsko-pomorskie	57,2	59,5	2,3	61,5	63,4	1,9
Lubelskie	58,2	58,8	0,6	63,2	62,3	-0,9
Lubuskie	57,5	60,6	3,1	60,1	64,6	4,5
Łódzkie	56,5	58,1	1,6	61,0	62,5	1,5
Małopolskie	59,5	59,4	-0,1	62,8	63,5	0,7
Mazowieckie	57,6	59,2	1,6	61,6	62,7	1,1
Opolskie	57,8	59,2	1,4	60,9	63,1	2,2
Podkarpackie	59,7	59,7	0,0	63,5	62,6	-0,9
Podlaskie	58,9	59,2	0,3	63,5	62,6	-0,9
Pomorskie	58,0	59,9	1,9	61,9	63,7	1,8
Śląskie	58,4	58,6	0,2	62,1	62,7	0,6
Świętokrzyskie	58,5	58,7	0,2	63,0	63,0	0,0
Warmińsko-mazurskie	57,1	59,2	2,1	61,7	63,5	1,8
Wielkopolskie	58,1	61,2	3,1	60,3	64,9	4,6
Zachodniopomorskie	57,5	60,7	3,2	60,1	64,8	4,7

Źródło: Rocznik Demograficzny 2022, GUS, 2022

Świadczenia systemu ochrony zdrowia na rzecz osób w podeszłym wieku

Sytuacja obecna

Osoby starsze korzystają z porad lekarskich najczęściej. Według danych prezentowanych przez GUS w 2021 r. w podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom w wieku 65 lat i więcej 59,5 mln porad. Stanowiły one niewiele ponad 1/3 wszystkich porad zrealizowanych w POZ. Ze sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w 2022 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielono 27,2 mln porad dla osób w wieku 65 lat i więcej. Najwięcej świadczeń zrealizowano w zakresie okulistyki (13%), kardiologii (12%), ortopedii i traumatologii ruchu (9%), chirurgii ogólnej (8%) oraz urologii i neurologii (po 7%). Świadczenia w zakresie geriatry stanowią 0,2% ogółu porad specjalistycznych dla tej grupy wiekowej. Uwzględniając wszystkie znajdujące się w sprawozdawczości NFZ wizyty osób 65+ w AOS wynika, że każdy z tych pacjentów odbył ich ponad 7 w ciągu 2022 r. Z kolei porady w zakresie geriatry w wymiarze 64 773 w ciągu roku przekładają się na około 260 wizyt każdego dnia roboczego – czyli uśredniając, w dni robocze mniej niż jeden senior z każdego powiatu w kraju był badany przez geriatrę w trybie ambulatoryjnym. Jedną z przyczyn tak niskiego wyniku jest niewielka liczba poradni geriatrycznych. W 2002 r. działało 101 takich poradni, o 8 więcej niż w 2019 r. W większości z 380 powiatów w Polsce nie było dostępu do poradni geriatrycznej. W skali kraju najwięcej poradni w 2022 r. funkcjonowało w województwach: śląskim (18), małopolskim (11), mazowieckim (10), zaś najmniej w województwach podkarpackim i świętokrzyskim (po 2) oraz lubuskim i warmińsko-mazurskim (po 3).

Z danych konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry wynika, że na koniec 2022 r. w Polsce liczba lekarzy geriatrów wynosiła ok. 540 specjalistów. Statystyki zamieszczone na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej wskazują, że 1 marca 2023 r. w Polsce było 577 geriatrów i prawie wszyscy wykonywali swój zawód (562 lekarzy)⁴. W ostatnich latach sukcesywnie przybywało lekarzy tej specjalności, np. w 2020 r. było ich niespełna 500. Mimo wpisania tej specjalizacji na listę dziedzin priorytetowych, co wiąże się m.in. z wyższym wynagrodzeniem dla lekarzy podejmujących się kształcenia w tej dziedzinie, w 2022 r. ponad 190 miejsc szkoleniowych było wolnych. Młodzi lekarze nie wyrażają zainteresowania geriatrą, postrzegając ten kierunek jako mało atrakcyjny, nisko wyceniany i mało perspektywiczny z powodu znikomego rozwoju infrastruktury w podmiotach leczniczych. Dlatego też jednym z warunków rozwoju kadry geriatrycznej jest stworzenie realnych możliwości wykonywania tego zawodu, m.in. poprzez udostępnienie opcji rzetelnej diagnostyki i świadczeń medycznych dostosowanych do bardzo zróżnicowanych potrzeb seniorów.

Jednym z elementów niezbędnej bazy są oddziały geriatryczne w szpitalach. Zgodnie ze statystykami prezentowanymi przez konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry na koniec 2022 r. szpitale dysponowały 64 oddziałami geriatrycznymi. Były one nierównomiernie rozmieszczone na obszarze Polski, co skutkuje bardzo zróżnicowanym terytorialnie dostępem

⁴ https://nil.org.pl/uploaded_files/1677753967_zaluty-2023-zestawienie-nr-04.pdf

do adekwatnej opieki dla najstarszych pacjentów (Tabela 4). Przykładowo, w województwie śląskim funkcjonowało dziesięć oddziałów geriatrycznych, a w większości pozostałych województw po dwa, trzy. W tej sytuacji pacjenci najczęściej bywają umieszczani na oddziałach wewnętrznych (internistycznych) i nie mają przeprowadzanej całościowej oceny geriatrycznej.

Tabela 4. Liczba oddziałów geriatrycznych w 2021 r. i 2022 r.

Województwo	Liczba oddziałów geriatrycznych	
	2021	2022
Dolnośląskie	5	5
Kujawsko-pomorskie	2	2
Lubelskie	6	8
Lubuskie	2	3
Łódzkie	2	3
Małopolskie	6	7
Mazowieckie	8	8
Opolskie	2	2
Podkarpackie	3	3
Podlaskie	2	3
Pomorskie	3	3
Śląskie	10	10
Świętokrzyskie	2	2
Warmińsko-mazurskie	0	1
Wielkopolskie	2	2
Zachodniopomorskie	2	2
Polska	57	64 (↑10,3%)

Źródło: Sprawozdanie konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii.

W 2022 r. liczba łóżek geriatrycznych kształtowała się na poziomie ok. 1300⁵. W tym samym czasie populacja osób, które osiągnęły wiek co najmniej 60 lat, czyli potencjalnych pacjentów geriatrycznych, wynosiła 9 730 tys. osób, zaś wiek co najmniej 65 lat – 7 175 tys.⁶ W skali kraju liczba łóżek geriatrycznych była niewystarczająca dla tak dużej grupy. W niektórych województwach sytuacja była szczególnie trudna, np. w warmińsko-mazurskim, gdzie funkcjonował tylko jeden oddział geriatryczny, a do dyspozycji było 28 łóżek. W prezentowanym projekcie ustawy postuluje się osiągnięcie w ciągu najbliższych 5 lat celu utrzymania 50 łóżek na 100 tys. osób po 60 r. ż. W tabeli niżej znajduje się zestawienie aktualnych danych nt łóżek geriatrycznych oraz szacunek realizacji nowego celu przy założeniu stanu populacji 60+ z 2022 r., czyli 9 730 tys. osób (Tabela 5).

⁵ Informacje ze sprawozdania konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrii (dane na grudzień 2022 r.)

⁶ Dane GUS, stan na 31 grudnia 2021 r.

Tabela 5. Aktualne dane dotyczące liczby łóżek geriatrycznych (lata 2021 i 2022) oraz szacowane wartości do osiągnięcia przy przyjęciu wskaźnika 50 łóżek na 100 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej. Dane ogółem dla Polski i w poszczególnych województwach.

Województwo	Liczba łóżek		Liczba łóżek dla wskaźnika 50 łóżek na 100 tys. osób w wieku 60+	
	rok	2021	2022	
Dolnośląskie		60	60	388
Kujawsko-pomorskie		54	54	261
Lubelskie		57*	97*	271
Lubuskie		46	55	129
Łódzkie		30	49	339
Małopolskie		103	218	405
Mazowieckie		129	129	674
Opolskie		46	46	128
Podkarpackie		67	70	255
Podlaskie		29	52	148
Pomorskie		38	38	282
Śląskie		229	239	597
Świętokrzyskie		53	53(45)**	169
Warmińsko-mazurskie		-	28	175
Wielkopolskie		40	40	420
Zachodniopomorskie		54	58	225
Polska		1 035	1 286(1 278)*	4 865

* brak danych z 3 miejscowości

** dane w nawiasie liczba łóżek rzeczywistych, a nie w rejestrze

Źródło: Dane dotyczące łóżek geriatrycznych w latach 2021 i 2022 – sprawozdanie konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry. Wartości dla wskaźnika – obliczenia własne.

Zaprezentowane dane dają tylko część obrazu dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjenta geriatrycznego. Ustalenie cezur wieku na poziomie 60 lat jest orientacyjne, gdyż wielu 60-latków cieszy się dobrym zdrowiem. Jednak w sytuacji zaawansowanej starości, przy postępującej wielochorobowości i niesamodzielności dostęp do właściwego leczenia może przesądzać o kondycji i jakości życia człowieka. Z jednej strony w Polsce mamy niedostatek placówek geriatrycznych (zarówno AOS jak również szpitalnych) i kadr wyspecjalizowanych w obszarze geriatry, ale dodatkową trudność stanowi ustalenie właściwej ścieżki leczenia i koordynacja tego procesu. Osoby starsze bywają zagubione, niektóre doświadczają zaburzeń otępiennych i niezbędne jest udzielenie im dodatkowego wsparcia w samym dotarciu do kolejnych świadczeń zdrowotnych. Dlatego koncepcja szczególnej opieki geriatrycznej uwzględnia funkcję koordynatora opieki geriatrycznej, który umożliwi właściwą realizację zaleceń lekarzy-specjalistów.

Najważniejsze cechy obecnego systemu ochrony zdrowia, przemawiające za koniecznością wdrożenia dodatkowych rozwiązań dla pacjentów w podeszłym wieku, są następujące:

- w Polsce funkcjonuje zbyt mało placówek i lekarzy dedykowanych chorobom wieku podeszłego,

- lekarze POZ nie posiadają wystarczających narzędzi, czasu, a często również kompetencji do kompleksowej opieki nad starszym pacjentem. Regularne kierowanie pacjenta do szeregu specjalistów nie zapewnia odpowiedniej opieki (długi czas oczekiwania, segmentacja leczenia, brak koordynacji),
- oddziały specjalistyczne kardiologii, neurologii, a nawet chorób wewnętrznych nie zapewniają całościowej opieki nad starszym pacjentem,
- ograniczona dostępność do świadczeń powoduje, że pacjent w wieku starszym jest zbyt często hospitalizowany. Ze względu na niedostatek oddziałów geriatrycznych chorujący seniorzy trafiają na inne oddziały,
- brak jest systemowej rehabilitacji umożliwiającej powrót i funkcjonowanie seniora w środowisku domowym,
- brakuje kanałów komunikacji pomiędzy poszczególnymi elementami systemu, w tym pomiędzy POZ, AOS, szpitalem i systemem pomocy społecznej. W konsekwencji koordynacja procesu leczenia spada albo na pacjenta, albo na jego rodzinę, która nie zawsze umie pomóc. Starsze osoby samotne zamieszkujące tereny peryferyjne znajdują się w szczególnie trudnej sytuacji.

Specyfika pacjenta geriatrycznego

U osób starszych inaczej niż u pozostałych dorosłych przebiega proces choroby, jak również proces zdrowienia. Stąd wynika potrzeba zastosowania innego podejścia niż ma to miejsce w sytuacji dzieci i osób dojrzałych. Cechy charakterystyczne dla kondycji zdrowotnej osób starszych są następujące:

- wielochorobowość, występowanie schorzeń przewlekłych i licznych dolegliwości,
- duża podatność na upadki i urazy ze względu na pogarszającą się jakość stanu zdrowia,
- zmniejszanie się sprawności fizycznej i ograniczenia w poruszaniu się, a często również niepełnosprawność,
- duże zróżnicowanie stanu zdrowia wśród seniorów, co powoduje trudność w ocenie, kto powinien zostać pacjentem geriatrycznym.

Występująca wielochorobowość 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, a procesem takim zarządza lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii.

Podejście lekarza geriatry charakteryzuje się kompleksowym spojrzeniem na zdrowie seniora i możliwością rozwiązywania skomplikowanych problemów medycznych, wykraczających poza jedną gałąź medycyny. Według wytycznych Ministerstwa Zdrowia geriatria jest dziedziną medycyny, która skupia się na problemach zdrowotnych osób w wieku od 60. roku życia.

Pożądane cechy modelu opieki geriatrycznej

Docelowy model opieki geriatrycznej - to system łączący:

- opiekę podstawową (geriatra lub lekarz rodzinny z wykształceniem geriatrycznym)

Bazowe usługi medyczne powinny być dostępne w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej POZ). Pacjenci w podeszłym wieku powinni być diagnozowani pod kątem ryzyka wystąpienia problemów geriatrycznych, m.in. poprzez realizację przesiewowej wstępnej oceny geriatrycznej. Ponadto lekarz POZ powinien posiadać środki i kompetencje do wdrożenia leczenia dla większości schorzeń wieku podeszłego. Wskazane będzie wypracowanie algorytmu potrzeb konsultacyjnych z danym specjalistą (np. prowadzenie pacjenta z kontrolowaną niedoczynnością tarczycy lub cukrzycą). Przy takim modelu konsultacje specjalistyczne będą mogły być realizowane o wiele rzadziej niż obecnie.

- opiekę szpitalną (oddział geriatryczny lub internistyczno-geriatryczny; oddział lub pododdział rehabilitacji geriatrycznej; szpital dzienny; hospitalizacja domowa)

Oddział geriatryczny powinien realizować diagnostykę i leczenie z zakresu chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii i rehabilitacji. Zastosowanie kompleksowego i wielospecjalistycznego podejścia do pacjenta geriatrycznego oraz odpowiednie planowanie terapii ograniczy liczbę koniecznych, dalszych konsultacji.

- koordynację różnych elementów wsparcia medycznego oraz wsparcia społecznego.

System opieki geriatrycznej powinien dążyć do modelu, w którym osoba starsza i niepełnosprawna po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) zostanie objęta szczególnym wsparciem i monitoringiem. Niezbędne jest również zapewnienie wszystkim potrzebującym rehabilitacji geriatrycznej, która pozwoli na przywrócenie sprawności funkcjonalnej osoby w podeszłym wieku i umożliwi powrót do środowiska domowego. W tym celu w szpitalu pacjenci po ukończeniu 75 r. ż. powinni być poddawani Całościowej Ocenie Geriatrycznej i w zależności od jej wyniku kierowani dalej.

Pożądane cechy opieki geriatrycznej

- powszechność - czyli dostęp wszystkich osób w zaawansowanym wieku do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- dostępność – oznacza bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia;
- długotrwałość - zapewnienie ciągłości opieki wynikającej z długofalowości procesu starzenia i przewlekłości chorób;
- jakość – czyli stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej przez praktyków (doksztalcanie) ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;
- kompleksowość – całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych pacjenta przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny.

Zaletami wprowadzenia efektywnej opieki geriatrycznej oraz kompleksowego systemu wsparcia dla osób w wieku 75 lat i więcej jest zmniejszone ryzyko śmierci, zmniejszone ryzyko ponownej hospitalizacji, większa szansa poprawy stanu funkcjonalnego i prawdopodobieństwo dalszego mieszkania w swym domu, a także obniżony całkowity koszt opieki. W rezultacie możliwe będzie również wydłużenie życia w zdrowiu oraz poprawa jego jakości.

Kierunki zmian w starzejącej się Europie

Kraje Europy od kilkunastu lat prowadzą wspólną debatę na temat skutków starzenia się społeczeństw. Porusza się w niej wiele wątków, ponieważ zmiany w strukturze wiekowej implikują konieczność przebudowy dotychczasowych filarów życia społecznego, w tym systemu emerytalnego, systemów ochrony zdrowia i wsparcia socjalnego czy rynku pracy.

Promowana jest idea tzw. *healthy ageing*, która koncentruje się na utrzymywaniu człowieka w podeszłym wieku w jak najlepszej kondycji. Kluczowym pojęciem jest tutaj sprawność funkcjonalna, czyli stan zdrowia i poziom sprawności umożliwiający samodzielnie funkcjonowanie na poziomie zapewniającym realizację najważniejszych codziennych potrzeb.

Międzynarodowe piśmiennictwo dość jednoznacznie wskazuje, że wielochorobowość i niedomagania w różnych obszarach życia codziennego u osób starszych wymagają reorganizacji systemów ochrony zdrowia i opieki. Rozwiązania oparte na leczeniu konkretnych chorób nie sprawdzają się w przypadku wielochorobowości. Tym bardziej, że znacząca część chorób osób starszych ma charakter przewlekły i nie zawsze możliwy jest powrót do pełnego zdrowia⁷. Kompleksowe uwzględnienie potrzeb osób w podeszłym wieku wymaga integracji usług i świadczeń z różnych systemów oraz zapewnienie ich koordynacji dla poszczególnych pacjentów, w zależności od ich specyficznych potrzeb. W wielu krajach – nie tylko w Polsce – systemy ochrony zdrowia i wsparcia społecznego funkcjonują oddzielnie, a ich scalenie napotyka na bariery. Dlatego też wskazuje się, że należy wdrażać rozwiązania sprzyjające współpracy pomiędzy dostawcami usług i koordynacji tych działań⁸. Taki model organizacji usług pozwala osobom starszym dłużej funkcjonować samodzielnie i w dobrej kondycji zdrowotnej.

W wielu krajach istnieje dobrze rozwinięta sieć usług: jest wielopoziomowa i blisko domu. Osoby, które zostaną zidentyfikowane jako pacjenci geriatryczni, obejmowane są monitoringiem i mają dostęp do różnego rodzaju usług rehabilitacyjnych, opiekuńczych i leczniczych.

Belgijski system opieki dla najstarszych mieszkańców oparty jest na specjalistycznych oddziałach geriatry (początkowo były to pododdziały interny) zlokalizowanych w szpitalach ogólnych. Opieką są tam objęci najstarsi pacjenci (75+), w tym osoby ze stwierdzonym zespołem kruchości. Celem ich działania jest kompleksowa ocena problemów zdrowotnych i innych (opiekuńczych), prowadzenie rehabilitacji od pierwszego dnia pobytu i zakwalifikowanie pacjenta do grupy niezbędnego wsparcia zgodnie z jego stanem zdrowia i kondycją.

W Belgii stworzono specjalny system wsparcia medycznego dla seniorów składający się z pięciu komponentów: oddziałów geriatrycznych w szpitalach ogólnych (posiada je 93%

⁷ *Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomized controlled trial: Integrated Systematic Care for older People – the ISCOPE study*, w: Age and Ageing 2016, nr 45, s. 30-41, doi: 10.1093/ageing/afv174

⁸ *Organizing integrated health-care services to meet older people's needs*, w: Bull World Health Organ 2017, 95, s. 756-763, doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187617>

szpitali), dziennych oddziałów geriatrycznych, poradni ambulatoryjnych dla pacjentów geriatrycznych, multidyscyplinarnego zespołu z pielęgniarką na każdym oddziale, która realizuje badania przesiewowe (Internal Geriatric Liaison) oraz punktu zapewniającego łączność z instytucjami i opieką domową (External Geriatric Liaison). Dzięki koordynacji działań i komunikacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami udaje się zachować ciągłość opieki dla pacjentów, którzy weszli w etap późnej starości i tzw. zespołu kruchości. Innym bardzo istotnym aspektem jest zaangażowanie wielospecjalistycznych zespołów geriatrycznych (gdzie obok geriatry i pielęgniarki wsparcia udzielają: pracownik socjalny, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk i psycholog).

W Anglii opieka zdrowotna zorganizowana jest blisko pacjenta na podstawowym poziomie systemu ochrony zdrowia (GP). Priorytetem jest jak najwcześniejsze wyłonienie osób starszych (65+) z zespołem słabości o różnym stopniu nasilenia oraz pacjentów geriatrycznych wymagających hospitalizacji, pobytu w zakładach opieki pielęgniarskiej, zagrożonych przedwczesną śmiercią. Strategia ta pozwala na podejmowanie działań prewencyjnych i aktywne monitorowanie stanu zdrowia seniorów. Pomoc seniorom z zespołem słabości udzielana jest możliwie szybko i najlepiej jeszcze w środowisku. Celem tak zorganizowanej opieki jest unikanie hospitalizacji, co w starczym wieku wiąże się często z nabyciem bezradności, a następnie z koniecznością umieszczenia w ośrodku opiekuńczym).

Opieka nad pacjentem geriatrycznym opiera się na sieci specjalistów z różnych dziedzin (tzw. opieka wielospecjalistyczna), zaczynając od lekarza rodzinnego/internisty, poprzez koordynatora (Care Navigator) i multidyscyplinarny zespół specjalistów. W procesie tym współuczestniczą wolontariusze i członkowie rodziny, którzy mogą szkolić swoje umiejętności opiekuńcze. Różne programy na rzecz seniorów są projektowane i wdrażane lokalnie, natomiast Brytyjskie Towarzystwo Geriatryczne opracowuje zalecenia i wskazuje kierunki działań sprzyjających lepszej koordynacji wewnątrz systemu.

Koncepcja szczególnej opieki geriatrycznej

W Polsce w poszczególnych zakresach realizowane są usługi zarówno medyczne, jak również opiekuńcze dla pacjentów geriatrycznych. Ich liczba i zakres są jednak niewystarczające, czego konsekwencją jest m.in. zahamowanie wzrostu przeciętnej długości życia oraz wciąż relatywnie długi okres życia, który przebiega w chorobie i niepełnosprawności.

W projekcie ustawy zostały określone cele, organizacja 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 usług. Celem ustawy nie jest reorganizacja systemu opieki geriatrycznej, ale wkomponowanie w dotychczasowe ramy nowych opcji skierowanych dla jasno sprecyzowanej grupy pacjentów. Wśród nowych rozwiązań jako najistotniejsze należy wskazać: wprowadzenie przesiewowej oceny geriatrycznej na poziomie POZ, uruchomienie Centrum Zdrowia 75+ oraz utworzenie nowych oddziałów geriatrycznych. Jak wskazano w art. 2 projektu szczególna opieka geriatryczna jest sprawowana w:

- 1) szpitalnych oddziałach geriatrycznych wskazanych w wojewódzkim planie działania szczególnej opieki geriatrycznej, zwanym dalej „wojewódzkim planem”;

- 2) Centrach Zdrowia 75+, zwanych dalej „Centrami”;
- 3) podstawowej opiece zdrowotnej.

Podejście geriatryczne (procedury medyczne) uwzględnione w projekcie ustawy są kompatybilne ze standardami, które zostały opracowane przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne w 2013 roku, we współpracy z Zespołem ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia⁹. Standardy definiują m.in. całościową ocenę geriatryczną oraz procedury ukierunkowane na wykrywanie i rozwiązywanie złożonych problemów zdrowotnych i środowiskowych najstarszych pacjentów.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 projektu do korzystania ze szczególnej opieki geriatrycznej na zasadach określonych w 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*, które ukończyły 75 rok życia, zwane dalej „osobami uprawnionymi”.

Wprowadzane rozwiązania są kolejnym elementem opiekuńczej polityki państwa kierowanej do najstarszych grup ludności, obok takich już dostępnych form jak dodatek pielęgnacyjny czy leki 75+. Wyznaczenie cezur na poziomie 75 lat jest konsekwencją naturalnych procesów identyfikowanych w cyklu ludzkiego życia.

Według typologii WHO przyjmuje się podział starości na trzy podokresy: starość wczesną (wiek podeszły) między 60-74 rokiem życia; starość późną między 75-89 rokiem życia oraz starość bardzo późną (określną niekiedy jako okres długowieczności) powyżej 90. roku życia. Ludzie starzy nie stanowią jednolitej, homogennej grupy, zarówno pod względem stanu zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej, jak i pod względem sytuacji życiowej, ekonomicznej i społecznej. WHO już w latach 60. XX wieku wskazywała na istnienie pewnego ciągu wydarzeń, które determinują los człowieka w przebiegu starzenia i mogą z czasem doprowadzić do znacznej i utrwalonej niesprawności. Badania polskich autorów wykazują, że wraz ze starzeniem narasta niepełnosprawność a w wieku powyżej 75 lat, z powodu niepełnosprawności, ponad 1/3 osób nie jest w stanie samodzielnie wychodzić z domu, ani wykonywać bardziej złożonych prac domowych i osobistych zabiegów higienicznych. O ile 60/65 rok życia jest umowną granicą starości, to po 75 roku życia dość szybko postępują procesy sprzyjające wielochorobowości, niepełnosprawności i utracie funkcjonalności w różnych obszarach życia. Zgodnie z wynikami badań w Polsce obecnie ok. 50% ludności w wieku 75 lat deklaruje niepełnosprawność, wśród 80-latków odsetek ten wzrasta już do 60%.

Świadczenia udzielane w ramach szczególnej opieki geriatrycznej będą kierowane do pacjentów, którzy ukończą 75 lat, doświadczają wielochorobowości i/lub niepełnosprawności i jednocześnie pojawia się ryzyko utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Ocena stanu zdrowia będzie dokonywana na podstawie wstępnej oceny geriatrycznej [zgodnie z art.

⁹ *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*, w: *Gerontologia Polska*, tom 21, nr 2, 33–47, ISSN 1425–4956, <https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2013-02-1.pdf>

36 projektu] oraz całościowej oceny geriatrycznej [zgodnie z art. 37]. Jak sprecyzowano w art. 3 ust. 2 projektu szczególna opieka geriatryczna ma na celu:

- 1) zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych;
- 2) zapewnienie określonych w niniejszej ustawie 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 niesamodzielności tych osób;
- 6) zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom Centrum, oraz ich opiekunom;
- 7) zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom Centrum.

Placówka Centrum Zdrowia 75+ będzie zapewniać możliwość kompleksowego podejścia do diagnozowania i leczenia pacjenta, a jeśli zajdzie taka konieczność, to również rehabilitacji w różnych zakresach. Głównym celem działania Centrum Zdrowia 75+ będzie skoordynowana opieka medyczna dla pacjentów geriatrycznych w celu ustabilizowania ich stanu zdrowia oraz umożliwienia dalszego autonomicznego funkcjonowania w dotychczasowym środowisku. Opieka geriatryczna różni się od konwencjonalnego podejścia medycznego, które tradycyjnie skoncentrowane jest na leczeniu poszczególnych chorób¹⁰. Naczelnym celem geriatry jest poprawa stanu funkcjonalnego człowieka, głównie w zakresie czynności życia codziennego i jakości życia osób starszych.

Dzięki wdrożeniu okresowej i kompleksowej usługi medycznej możliwe będzie zahamowanie niesamodzielności 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, zaś pacjenci niesamodzielni i ciężko chorzy z leczenia szpitalnego czy form opieki długoterminowej. Ponadto, wszyscy pacjenci po 60 r. ż. będą mogli korzystać ze wszystkich świadczeń systemu opieki zdrowotnej na dotychczasowych zasadach.

W art. 4 projektu zdefiniowano użyte w ustawie określenia.

Realizacja szczególnej opieki geriatrycznej

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

- 1) ministrze właściwym do spraw zdrowia;

¹⁰ *Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Kielcach, 2022 [LKI.430.004.2021, Nr ewid. 42/2021/P/21/072/LKI]

- 2) wojewodzie;
- 3) powiatach.

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

- 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]:

- 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, 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.

Wojewódzki plan działania szczególnej opieki geriatrycznej

Zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń szczególnej opieki geriatrycznej na obszarze każdego województwa będzie możliwe dzięki opracowaniu i realizacji wojewódzkiego planu działania szczególnej opieki geriatrycznej, zwanego dalej „wojewódzkim planem”, co zostało sprecyzowane w art. 9 projektu. Będzie on sporządzany przez właściwego wojewodę i zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zaopiniowaniu przez Krajową Radę do Spraw Opieki Geriatrycznej.

W wojewódzkim planie zostaną określone:

- 1) obszary działania wraz z lokalizacją poszczególnych Centrów;
- 2) lokalizacja oddziałów geriatrycznych sprawujących szczególną opiekę geriatryczną na terenie województwa, ze wskazaniem podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w którym zlokalizowany jest lub będzie utworzony oddział geriatryczny;
- 3) minimalna liczba łóżek w poszczególnych oddziałach geriatrycznych;

- 4) przypisanie do oddziału geriatrycznego nie więcej niż trzech Centrów z nim współpracujących.

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 cel ten powinien być osiągnięty w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.

Z danych konsultanta krajowego w dziedzinie geriatryki wynika, że na koniec 2022 r. liczba łóżek geriatrycznych kształtowała się na poziomie ok. 1300¹¹. W tym samym czasie populacja osób, które osiągnęły wiek co najmniej 60 lat wynosiła 9 730 tys. osób¹². Wg standardów wyznaczonych przez WHO na każde 100 tys. osób w danym kraju powinno przypadać 20 łóżek geriatrycznych. Zgodnie z tym wskaźnikiem, w Polsce przy populacji ok 38 000 tys. osób powinniśmy zapewniać 7600 łóżek geriatrycznych, czyli 6 razy więcej niż obecnie. Wielkość ta nie jest możliwa do osiągnięcia w krótkim czasie, przede wszystkim ze względu na niedostateczną liczbę kadr medycznych, które miałyby realizować usługi na oddziałach. W ustawie przyjęto jako cel wskaźnik 50 łóżek przypadających na każde 100 tys. osób po 60 roku życia. Zgodnie z tą miarą na chwilę obecną należałoby utrzymywać zasób 4865 łóżek. Zastosowanie takiego wskaźnika spowoduje, że liczba łóżek geriatrycznych powinna wynieść w 2030 r. 5400 sztuk, a w 2050 r. ok. 6850 (Tabela 6). Powiązanie wskaźnika z populacją 60+

¹¹ Informacje ze sprawozdania konsultanta krajowego w dziedzinie geriatryki (dane na grudzień 2021 r.)

¹² Dane GUS, stan na 31 grudnia 2021 r.

- w związku ze zmianą struktury demograficznej w Polsce - pozwoli na zbliżanie się do wytycznych WHO w kolejnych latach.

Tabela 6 Szacowane wartości liczby łóżek geriatrycznych do osiągnięcia do 2050 r. przy przyjęciu wskaźnika 50 łóżek na 100 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej.

rok	2022	2030	2040	2050
Liczba osób 60+ (w tys.)	9 730	10 784*	12 261*	13 699*
Liczba łóżek przy osiągnięciu wskaźnika 50/100 tys. osób 60+	4 865	5 400	6 130	6 850

* Zgodnie z prognozą GUS

Źródło: Obliczenia własne na podstawie prognozy demograficznej ludności opracowanej przez GUS (dane z prognozy prezentowane w: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.*, GUS, Białystok 2022)

Zgodnie z zapisami art. 10 ust. 4 projektu ustawy wojewoda określi lokalizację oddziału geriatrycznego po otrzymaniu pisemnej deklaracji podmiotu leczniczego prowadzącego szpital o gotowości włączenia oddziału geriatrycznego do wojewódzkiego planu. Wprowadzenie wskaźnika liczby łóżek przypadających na określoną populację oraz konieczność określenia w wojewódzkim planie działania rozmieszczenia oddziałów geriatrycznych (zgodnie z art. 9) stworzy podstawy do zarządzania dostępem do szczególnej opieki geriatrycznej w skali kraju.

Przyjmując, że jeden oddział dysponuje 20 łózkami geriatrycznymi, to przy optymalnej, ogólnej liczbie łóżek na poziomie 4865 należałoby obecnie zapewnić funkcjonowanie ok. 240 takich oddziałów. Obecnie dostępna baza kadrowo-infrastrukturalna uniemożliwia szybkie osiągnięcie wyznaczonego optimum. Istnieją jednak szanse na tworzenie oddziałów geriatrycznych i na istotny przyrost łóżek geriatrycznych, m. in. w wyniku reorganizacji innych oddziałów szpitalnych. Obecnie toczy się dyskusja nad optymalizacją wykorzystania łóżek w szpitalach powiatowych. Zgodnie z opracowaniem Ministerstwa Zdrowia zasób łóżek, które nie są obecnie optymalnie wykorzystywane stanowi prawie 27% ogółu łóżek w szpitalach powiatowych, czyli ponad 16 700¹³.

Trudniejszym zadaniem będzie zapewnienie kadry, udzielającej świadczeń z zakresu geriatry. Wydaje się, że powstanie nowych oddziałów geriatrycznych oraz perspektywa rozwoju tej dziedziny powinny wpłynąć zachęcająco na absolwentów uczelni medycznych do podejmowania specjalizacji w dziedzinie geriatry. Nowe oddziały będą zwiększać liczbę miejsc szkoleniowych oraz realne możliwości sprawowania opieki nad pacjentami, co umożliwi zdobywanie doświadczenia. Bez stworzenia perspektyw dla tej specjalizacji trudno będzie stymulować rozbudowę kadrową. Dzięki powstaniu form szczególnej opieki geriatrycznej, a w konsekwencji tworzeniu nowych oddziałów geriatrycznych i Centrów Zdrowia 75+, młodzi lekarze będą zachęcani perspektywą pracy w prężnie rozwijającej się specjalizacji lekarskiej.

¹³ Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce. Miernik D1L Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, Warszawa 2022, materiał dostępny pod adresem: <https://www.gov.pl/attachment/4eb3ac17-9663-45ec-8387-60b01f2ecfd7>

W wojewódzkim planie zostanie określone również rozmieszczenie placówek Centrum Zdrowia 75+. Zgodnie z art. 11 wojewoda wyznacza obszar działania Centrum obejmujący teren powiatu, jego części, kilku powiatów albo ich części, zamieszkały łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75 rok życia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego. Uwzględniając liczbę mieszkańców w wieku 75 lat lub więcej na koniec 2021 r. w Polsce były 244 powiaty, które zamieszkiwało mniej niż 6 tys. osób w tym wieku, 102 powiaty z populacją seniorów liczącą od 6 tys. do 12 tys. oraz 34 powiaty z liczbą przekraczającą 12 tys. Ze względu na przeważającą liczbę powiatów zamieszkiwanych przez populację 75+ nie przekraczającą 6 tys. osób, można przypuszczać, że powiaty będą decydowały się na zawieranie porozumienia i wspólne utworzenie i prowadzenie placówki CZ75+. Z kolei największe metropolie będą tworzyć kilka placówek na swoim terenie. Przykładowo, w Poznaniu, Wrocławiu, Łodzi i Krakowie mieszka między 40 a 70 tys. osób w wieku 75 lat lub starszych, zaś w mieście stołecznym Warszawa 155 tys. W tabeli 7 znajduje się zestawienie liczebności powiatów zamieszkiwanych przez osoby w wieku 75 lat i więcej z uwzględnieniem przedziałów.

Tabela 7. Powiaty wg liczby mieszkańców w wieku 75 lat i więcej.

Przedziały (liczba osób 75+ zamieszkujących powiat)	0- 2 999	2 999- 5 999	6 000- 11 999	12 000- 23 999	24 000 i więcej
Liczba powiatów	57	187	102	24	10

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych GUS (Rocznik demograficzny, dane na 31.12.2021 r.)

Ze względu na zastosowane elastyczne widełki 6-12 tys. mieszkańców w wieku 75+, którzy będą przypadać na jedno Centrum, trudno dokładnie oszacować ich optymalną liczbę. Na terenach słabiej zaludnionych i zamieszkałych przez starszą populację (np. we wschodnich województwach) korzystne byłoby powstanie większej liczby Centrów, z uwzględnieniem jako podstawy wskaźnika mniejszej populacji osób po 75 roku życia (bliżej 6 tys. osób).

Na użytek dalszych obliczeń kosztów utworzenia i funkcjonowania Centrów założono utworzenie 300 placówek w skali kraju.

W projekcie przewiduje się, że przy sporządzaniu wojewódzkiego planu wojewoda będzie uwzględniać zgłoszenia powiatów dotyczące utworzenia i lokalizacji Centrum, chyba że ich uwzględnienie nie jest możliwe ze względu na konieczność zapewnienia równomiernego rozmieszczenia Centrów na terenie województwa lub dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez Centra.

Przy sporządzaniu wojewódzkiego planu wojewoda będzie uwzględniał [art. 12]:

- 1) liczbę osób, które ukończyły 60. rok życia zamieszkujących teren województwa;
- 2) liczbę osób, które ukończyły 75 rok życia zamieszkujących teren poszczególnych powiatów;
- 3) potrzebę zapewnienia równomiernego rozmieszczenia na terenie województwa szpitalnych oddziałów geriatrycznych i Centrów;

- 4) oraz potrzebę zapewnienia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitalne oddziały geriatryczne i Centra.

Zgodnie z art. 13 projektu wojewoda udostępni informację o rozpoczęciu prac nad opracowaniem projektu wojewódzkiego planu w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego. W terminie 30 dni powiaty będą mogły zgłaszać pisemną propozycję dotyczącą utworzenia i lokalizacji Centrum, która ma zawierać:

- 1) lokalizację Centrum wraz ze wskazaniem podmiotu leczniczego, w którym ma ono być utworzone – w przypadku gdy Centrum ma zostać utworzone w ramach struktury organizacyjnej istniejącego podmiotu leczniczego;
- 2) lokalizację Centrum, które ma zostać utworzone jako nowy podmiot leczniczy;
- 3) proponowany obszar działania Centrum;
- 4) liczbę osób zamieszkujących obszar powiatu z uwzględnieniem, że obszar działania Centrum obejmuje teren powiatu zamieszkały łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75 rok życia (wg stanu na 31 grudnia roku poprzedniego).

W przypadku, gdy Centrum zostanie utworzone w ramach struktury organizacyjnej istniejącego już podmiotu leczniczego, do zgłoszenia dołącza się pisemną deklarację tego podmiotu o gotowości utworzenia w tym podmiocie Centrum. W przypadku, gdy Centrum będzie utworzone dla kilku sąsiadujących ze sobą powiatów, do wniosku należy dołączyć również porozumienie o przyjęciu do realizacji zadania utworzenia Centrum.

W przypadku gdy powiat nie zgłosi propozycji lub gdy zgłoszony podmiot nie złoży deklaracji o gotowości utworzenia w tym podmiocie Centrum, Centrum lokalizuje się w innym podmiocie leczniczym wykonującym działalność na obszarze działania Centrum. Zgodnie z art. 55 projektu powiat będzie obowiązany do utworzenia Centrum wskazanego w wojewódzkim planie nie później niż w okresie 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy.

Projekt w art. 50 nakłada na wojewodę obowiązek rozpoczęcia prac nad opracowaniem pierwszego wojewódzkiego planu w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. W pierwszym wojewódzkim planie uwzględnia się wszystkie oddziały geriatryczne istniejące w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy oraz Centra zgłoszone przez powiaty (zgodnie z art. 13 ust. 2).

Projekt wojewódzkiego planu wojewoda będzie udostępniał w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego w celu przedstawienia przez zainteresowane podmioty opinii do tego projektu w terminie 30 dni [art. 14].

Wojewoda, po rozpatrzeniu opinii zainteresowanych podmiotów oraz w konsultacji z wojewódzkim oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia będzie sporządzał projekt wojewódzkiego planu, a następnie przekaże go do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 60 dni od dnia otrzymania projektu, dokona jego oceny i zatwierdzi dokument albo zgłosi do niego uwagi [art. 15]. Dokonując oceny

projektu wojewódzkiego planu minister będzie brał w szczególności pod uwagę dostępność świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, które ukończyły 75 rok życia.

W przypadku zgłoszenia przez ministra uwag do projektu wojewoda uwzględni je w ciągu 14 dni i ponownie przekaże ministrowi w celu zatwierdzenia. Zatwierdzony wojewódzki plan wojewoda udostępni w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego.

[art. 16] Wojewódzki plan będzie podlegał aktualizacji, w szczególności w przypadku konieczności zapewnienia dostępności do szczególnej opieki geriatrycznej. Przy aktualizacji wojewódzkiego planu zastosowanie będą miały wszystkie wyżej opisane kroki, dotyczące ogłaszania i zatwierdzania planu(art. 9–15).

Utworzenie Centrum

Zgodnie z art. 17 Centrum będzie tworzone w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego wskazanego w wojewódzkim planie albo jako nowy podmiot leczniczy utworzony przez powiat, o którym mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wskazany w wojewódzkim planie. Utworzenie Centrum nastąpi po udostępnienie wojewódzkiego planu w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu wojewódzkiego.

Nazwa „centrum zdrowia 75+” będzie zastrzeżona wyłącznie dla oznaczenia podmiotu leczniczego będącego Centrum i wskazanego w wojewódzkim planie [art. 18]. Objęcie nazwy „centrum zdrowia 75+” ochroną prawną uniemożliwi tworzenie Centrum przez przypadkowe podmioty, zachowana zostanie możliwość zapewnienia wysokiej jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta, a cały proces będzie monitorowany. Zgodnie z art. 46 projektu nieuprawnione użycie nazwy „centrum zdrowia 75+” w ramach prowadzonej działalności lub w reklamie będzie zagrożone grzywną lub karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

Powiat będzie miał możliwość zawrzeć z powiatem sąsiednim, położonym na terenie tego samego województwa, porozumienie o przekazaniu mu do realizacji zadania utworzenia Centrum [art. 19]. Porozumienie będzie określać sposób realizacji zadania, warunki wzajemnych rozliczeń oraz tryb kontroli realizacji. Rozwiązanie to umożliwi objęcie świadczeniami Centrów mieszkańców mniejszych powiatów, które nie zawsze będą w stanie samodzielnie wybudować placówkę.

Organizacja szczególnej opieki geriatrycznej

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

Będą tam udzielane następujące typy świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) świadczenia z zakresu geriatry, udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia z zakresu geriatry, 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 (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.

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 zalecenie 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]. Konstrukcja ta ma również na celu zachęcenie powiatów do tworzenia Centrów dla swoich mieszkańców i zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń.

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

Struktura Centrum

Zgodnie z art. 22 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.

Poradnia konsultacyjna [art. 23] będzie udzielać porad specjalistycznych z zakresu geriatry, rehabilitacji i opieki psychiatrycznej. Konsultacje będą realizowane przez specjalistów wchodzących w skład tzw. zespołu geriatrycznego: lekarza geriatrę, lekarza specjalistę z zakresu rehabilitacji lub fizjoterapeutę, psychologa i pielęgniarkę. Ich zadaniem będzie

przeprowadzenie oceny geriatrycznej i zaplanowanie leczenia. Podejście to jest spójne ze standardami postępowania w opiece geriatrycznej opracowanymi w 2013 r. przez Zespół ds. Gerontologii powołany przy Ministrze Zdrowia¹⁴.

Geriatryczny zespół opieki domowej będzie udzielał dostępnych w Centrum świadczeń opieki zdrowotnej, ale w warunkach domowych [art. 25]. W skład geriatrycznego zespołu opieki domowej wejdą: lekarz, pielęgniarz, fizjoterapeuta, psycholog oraz koordynator opieki geriatrycznej. Oferta będzie kierowana do pacjentów, których stan zdrowia uniemożliwia uzyskanie tych świadczeń w trybie ambulatoryjnym. W warunkach domowych zapewnione będzie ponadto opracowywanie oraz realizacja indywidualnych planów postępowania terapeutycznego.

Zespół geriatryczny będzie wspierany działaniami koordynatora opieki geriatrycznej, który powinien uczestniczyć w konsylium podsumowującym diagnozę, a następnie będzie wspierał pacjenta planując proces leczenia i jego realizację. Koordynatorem opieki geriatrycznej może być osoba, która posiada wykształcenie wyższe w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu i ukończyła studia podyplomowe z zakresu: gerontologii, geriatry, opieki nad osobami starszymi lub opieki geriatrycznej [art. 26-27].

Zakres zadań realizowanych przez koordynatora opieki geriatrycznej będzie następujący:

- 1) udzielanie pacjentom Centrum oraz ich opiekunom, informacji o organizacji procesu postępowania terapeutycznego;
- 2) uczestniczenie w opracowywaniu indywidualnych planów postępowania terapeutycznego;
- 3) koordynowanie wykonania indywidualnych planów postępowania terapeutycznego;
- 4) zapewnienie współpracy pomiędzy podmiotami i osobami uczestniczącymi w procesie postępowania terapeutycznego;
- 5) udzielanie pacjentom Centrum wsparcia na wszystkich etapach procesu postępowania terapeutycznego;
- 6) współpraca z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej oraz centrami usług społecznych w zakresie dotyczącym potrzeb pacjentów Centrum.

Koordynator będzie współpracował przy tworzeniu indywidualnego planu postępowania terapeutycznego (dalej: IPPT), który powstanie w oparciu o zalecenia zespołu geriatrycznego. Jego rolą będzie ponadto udzielenie wsparcia podczas realizacji planu we współpracy z pacjentem i jego opiekunami, m. in. poprzez kontakt z innymi podmiotami leczniczymi, pomoc przy umawianiu wizyt. Koordynator będzie ogniwem komunikacyjnym pomiędzy instytucjami, np. gdy wystąpi konieczność przekazania informacji do systemu pomocy społecznej o szczególnych potrzebach opiekuńczych i socjalnych pacjentów. Aby zapewnić wysoką jakość świadczeń udzielanych przez koordynatora, nie będzie on mógł mieć zleczanych

¹⁴ Ibidem [<https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2013-02-1.pdf>]

innych obowiązków niż zostały mu przypisane w ustawie. Dzięki temu powierzone zadania nie będą przekazywane innym pracownikom Centrum i możliwe będzie rzeczywiste prowadzenie koordynacji działań wokół pacjenta i realizacja IPPT. Jest to nowa funkcja i jeden z kluczowych elementów koordynacji procesu leczenia pacjenta geriatrycznego w Centrum.

Uzupełnieniem działań zespołu geriatrycznego i koordynatora będzie aktywność edukatora zdrowotnego, opisana w art. 29. Do zadań edukatora zdrowotnego będzie należało:

- 1) rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych i planowanie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem stanu zdrowia i warunków środowiskowych, w których funkcjonuje pacjent, celem uzyskania przez niego kompetencji do podejmowania samoopieki;
- 2) podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia i rozumieniem zasad jego funkcjonowania oraz zwiększanie poziomu świadomości odnośnie czynników społecznych i środowiskowych wpływających na zdrowie;
- 3) ewaluacja samodzielności pacjenta w zakresie kontroli stanu zdrowia, choroby oraz zapobiegania jej skutkom, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także zwiększenia aktywności fizycznej i uczestnictwa w życiu społecznym.

Edukatorem zdrowotnym będzie osoba z wykształceniem wyższym w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, która ukończyła szkolenie z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej [art. 28]. Szkolenie pozwoli pogłębić i zaktualizować wiedzę w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej uwzględniającej potrzeby osób, które wymagają opieki geriatrycznej. Zgodnie z art. 54 w okresie 3 lat od dnia wejścia w życie ustawy funkcję edukatora zdrowotnego będzie mogła pełnić osoba, która nie spełnia wymogu ukończenia szkolenia.

Program szkolenia zostanie opracowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, przy udziale ekspertów posiadających doświadczenie zawodowe i dorobek naukowy w zakresie geriatry. Program szkolenia po zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia zostanie udostępniony na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przez Dyrektora tej uczelni. Będzie on uwzględniał:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel szkolenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania jego efektów;
- 2) plan nauczania;
- 3) wykaz umiejętności wynikowych;
- 4) treści nauczania;
- 5) wskazówki metodyczne;
- 6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.

Ponadto, w Centrum będzie działać punkt informacyjno-recepcyjny, do którego zadań będzie należało [art. 30]:

- 1) informowanie o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych w Centrum oraz zasadach ich udzielania;
- 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 ośrodki pomocy społecznej i centra usług społecznych działające na obszarze działania centrum;
- 3) w przypadku osób uprawnionych, które zgłosiły się do Centrum bez skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz:
 - a) dokonały wyboru świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej – umówienie, za zgodą osoby uprawnionej, terminu wizyty u tego świadczeniodawcy w celu przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej,
 - b) nie dokonały wyboru świadczeniodawcy – poinformowanie o możliwości wyboru takiego świadczeniodawcy i przeprowadzenia przez niego wstępnej oceny geriatrycznej.

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. Specyfika pacjenta geriatrycznego wymaga zastosowania holistycznego i interdyscyplinarnego podejścia. W dalszej części niniejszego materiału zostanie zaprezentowana ścieżka pacjenta i poszczególne punkty których realizacja będzie wspierać pacjenta w jego zdrowieniu oraz odzyskiwaniu funkcjonalności i samodzielności.

Stary człowiek z wielochorobowością i niepełnosprawnością często mierzy się z ogromnymi trudnościami w zakresie samoorganizacji i wymaga wsparcia. Często jest osobą samotną, może doświadczać wykluczenia społecznego. Pacjenci w zaawansowanym wieku mogą nie wiedzieć gdzie szukać pomocy i jakie jej formy są najbardziej pożądane. Dlatego, zgodnie z aktualnie propagowanym podejściem opieki koordynowanej pacjentowi w procesie planowania i przebiegu leczenia towarzyszy koordynator opieki geriatrycznej.

Pacjenci geriatryczni wymagający bardziej intensywnych form usprawniania, będą kierowani do dziennych ośrodków opieki geriatrycznej (dalej: DOOG) [art. 24]. 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.

Opieka DOOG będzie realizowana w ramach jednego lub kilku turnusów, a łączny okres korzystania w ciągu roku nie będzie mógł przekroczyć 12 tygodni. Oferta DOOG będzie służyć rehabilitacji poszpitalnej pacjenta, przystosowaniu do funkcjonowania z niepełnosprawnością

lub wielochorobowością oraz przygotowaniu pacjenta do samodzielnego życia w jego środowisku domowym. 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. W DOOG pacjenci będą mieli zapewnione wyżywienie oraz transport. Obie te usługi są niezwykle istotne dla pacjentów w podeszłym wieku. Transport będzie miał szczególne znaczenie w sytuacji osób samotnych i zamieszkujących obszary słabo skomunikowane. Dojazd stanowi barierę przekładającą się na wykluczenie i rezygnację z wielu usług, w tym zdrowotnych. Zapewnienie transportu będzie dla wielu seniorów warunkiem niezbędnym, aby skorzystać z usług ośrodka i mieli szansę na powrót do samodzielności. Zapewnienie posiłków w wielu przypadkach będzie miało znaczenie terapeutyczne, gdyż u osób w podeszłym wieku często rozpoznaje się niedożywienie.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób funkcjonowania i minimalny zakres świadczeń realizowanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, kierując się potrzebą zapewnienia pacjentom właściwego wsparcia oraz realizacji celów określonych w art. 3 ust. 2 projektu ustawy. Założenia do projektu aktu wykonawczego wynikającego z tego upoważnienia ustawowego znajdują się w załączniku nr 1 do uzasadnienia.

Przykładowe usługi, jakie powinny być dostępne dla pacjenta w ramach opieki prowadzonej w ośrodku są następujące:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- interwencje rehabilitacyjne (usprawnianie ruchowe),
- poradnictwo dietetyczne,
- stymulacja procesów poznawczych i wsparcie psychologiczne,
- interwencje usprawniające i przygotowujące do samodzielnego funkcjonowania w domu, realizowane przez pielęgniarkę i fizjoterapeutę, którzy uczą np. jak zażywać leki, jak wykąpać się lub przygotować posiłek mimo ograniczeń sprawności,
- edukacja, w tym z uwzględnieniem nowych technologii i innowacji w zakresie komunikacji czy medycyny (ta usługa może być realizowana przez edukatora zdrowotnego),
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- przekąski oraz obiad i nawodnienie.

Wszystkie wymienione usługi są świadczeniami medycznymi i będą udzielane pacjentowi bezpłatnie.

Placówką, która w swojej funkcjonalności realizuje zadania zbliżone do tych przewidzianych w DOOG, jest Dzienny Dom Opieki Medycznej¹⁵. Specyfiką DOOG, odróżniającą tą placówkę od DDOM, jest dopasowanie do potrzeb pacjenta geriatrycznego i zapewnienie rehabilitacji przywracającej utracone funkcje z zakresu samoobsługi. Nowe świadczenie poprawi jakość

¹⁵ Informacja o funkcjonowaniu DDOM

życia, przyczyni się do zahamowania postępu niepełnosprawności i zwiększy dostępność do świadczeń z zakresu leczenia, opieki i pielęgnacji oraz fizjoterapii.

Centrum w ramach współpracy z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą będzie pozyskiwać od tych podmiotów informacje o stanie zdrowia oraz leczeniu pacjenta objętego opieką w Centrum [art. 31]. Podmioty wykonujące działalność leczniczą będą obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika Centrum, udostępnić informacje o stanie zdrowia i leczeniu pacjenta. Wgląd do dokumentacji zawierającej historię leczenia jest niezbędny, aby określić, które z problemów zdrowotnych są dominujące i ustalić ścieżkę leczenia. Dzięki dostępowi do dokumentacji medycznej możliwe będzie redukcja polifarmakoterapii, często występującej u osób z wielochorobowością.

Zgodnie z art. 32 projektu 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. Każda instytucja będzie mogła wykonywać swoje zadania bez przerzucania odpowiedzialności na zewnątrz, a jedynie przekazując informacje niezbędne do realizacji zadań na rzecz mieszkańca-seniora, doświadczającego trudności w kilku sferach życia jednocześnie. Osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych, jednostkach pomocy społecznej oraz centrach usług społecznych będą informować zainteresowanych o możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Centrum [art. 33]. Po stronie Centrum osobą kontaktową będzie koordynator opieki geriatrycznej.

Do monitorowania działalności Centrum w zakresie organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Centrum, wojewoda będzie stosował odpowiednio przepisy art. 118 ust. 2 pkt 1–5 i ust. 4 oraz art. 122 ust. 1–3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [art. 34]. W związku z tym wojewoda będzie uprawniony do:

- 1) wizytacji pomieszczeń;
- 2) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;
- 3) oceny uzyskanej dokumentacji medycznej;
- 4) oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna;
- 5) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Monitorowanie działalności Centrum będzie się odbywało na podstawie upoważnienia udzielonego przez wojewodę. W ramach udzielonego upoważnienia osoby prowadzące monitoring będą miały prawo m.in. do:

- 1) wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego;

- 2) wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z działalnością podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem przepisów o ochronie informacji ustawowo chronionych;
- 3) sprawdzania przebiegu określonych czynności;
- 4) żądania od kierownika i pracowników podmiotu leczniczego ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Przeprowadzenie czynności wykonywanych w ramach monitorowania działalności Centrów wojewoda będzie mógł zlecić konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie geriatrici. Na podstawie danych pozyskanych z monitoringu wojewoda opracuje raport za rok poprzedni dotyczący oceny organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Centrach działających na terenie województwa i przekaże go, w terminie do dnia 30 czerwca, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Krajowej Radzie do spraw opieki geriatricznej. Pozyskane dane z monitoringu będą mogły posłużyć m.in. do opracowywania ewentualnych zmian usprawniających działania Centrów oraz poprawiających jakość świadczonych usług. Przewidziany w ustawie monitoring nie będzie tożsamy z kontrolą. Zadania kontrolne nad świadczonymi w Centrum usługami zdrowotnymi będą prowadzone przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia na podstawie odrębnych przepisów.

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum. Ścieżka pacjenta

Kluczem do jak najefektywniejszego udzielenia wsparcia jest odpowiednia diagnoza stanu zdrowia i wychwycenie tzw. wielkich problemów geriatricznych. W ustawie przyjęto rozwiązania umożliwiające identyfikację pacjenta geriatricznego, dzięki wykorzystaniu takich narzędzi, jak wstępna ocena geriatriczna (WOG) oraz całościowa ocena geriatriczna (COG).

Wstępna Ocena Geriatriczna [art. 36]

Wstępna ocena geriatriczna będzie poprzedzać skierowanie osoby uprawnionej do Centrum. WOG polega na przeprowadzeniu wywiadu kwestionariuszowego z pacjentem z zastosowaniem tzw. skali VES-13. Wywiad może być zrealizowany bezpośrednio lub telefonicznie. Zaleca się, aby w miarę możliwości badanie zostało przeprowadzone bezpośrednio, gdyż daje to możliwość zastosowania dodatkowo badania fizykalnego i zlecenia badań laboratoryjnych. Jednakże w sytuacji utrudnionego kontaktu bezpośredniego z pacjentem, np. z racji odległości, odbycie wywiadu telefonicznego stworzy szansę na objęcie pacjenta badaniem i szybkie wychwycenie potencjalnych problemów zdrowotnych. Badanie zostanie przeprowadzone po uzyskaniu zgody osoby uprawnionej – pacjent będzie mógł odmówić poddania się tej procedurze.

Ustawa wprowadzi obowiązek zaproponowania pacjentowi przeprowadzenia diagnozy WOG przez lekarza lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu 6 miesięcy od dnia ukończenia przez niego 75 lat. Rozwiązanie to zakłada aktywne działanie lekarza lub pielęgniarki POZ. Jest możliwe dzięki dostępowi do listy pacjentów, którzy złożyli deklarację wyboru w POZ. Każdy lekarz i pielęgniarka udzielający świadczeń w POZ mają wgląd w dane pozwalające wyszczególnić osoby po 75 r. ż.

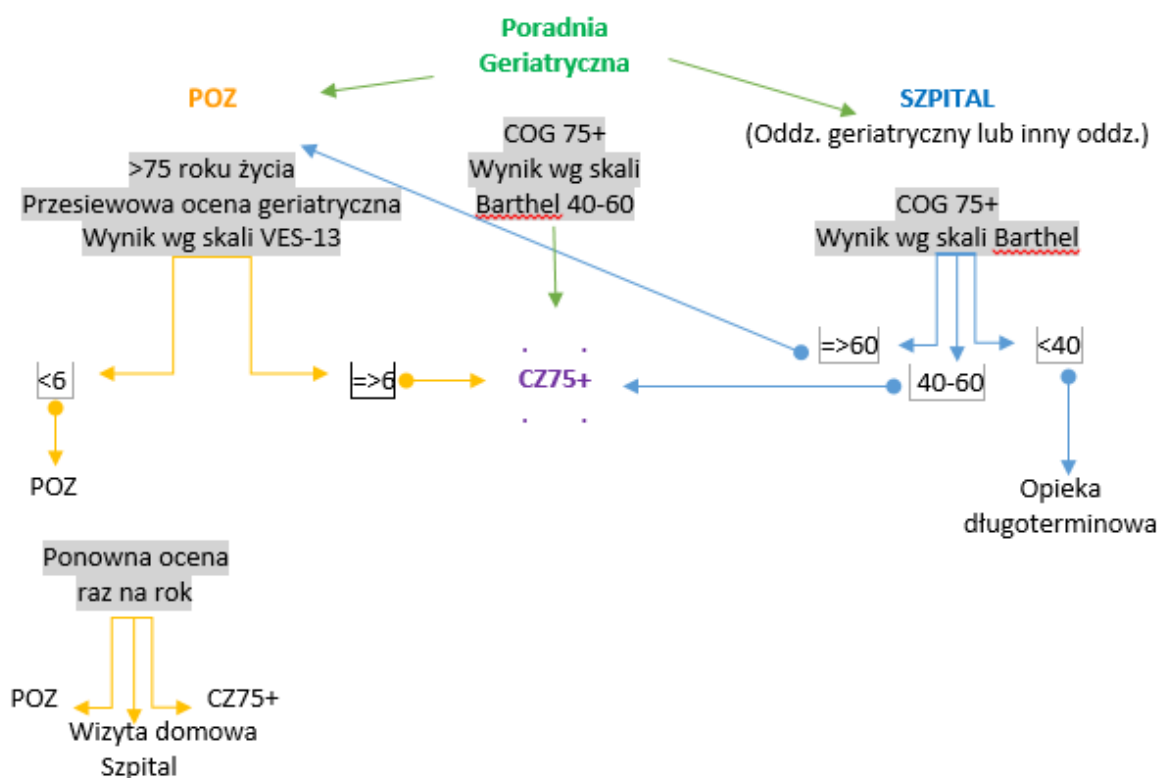
W art. 52 projektu ustawy przewidziano, że w przypadku osób, które ukończyły 75. rok życia przed wejściem w życie ustawy, wstępną ocenę geriatryczną przeprowadza się w terminie jednego roku od dnia wejścia w życie ustawy.

Zamysł objęcia badaniem możliwie pełnej populacji osób po ukończeniu 75 lat jest zbieżny z ideą badań przesiewowych (bilansem stanu zdrowia). Ze względu na wysokie ryzyko pojawienia się problemów geriatrycznych w tej grupie osób, badania przesiewowe powinny być realizowane minimum raz w roku. Wprowadzenie tych narzędzi i obligatoryjność zaproponowania przeprowadzenia WOG spowoduje szybkie dotarcie do osób wymagających wsparcia. Jednocześnie dzięki ofercie Centrum możliwe będzie udzielenie im pomocy lub objęcie monitoringiem. Będzie to miało szczególne znaczenie w przypadku osób, które obecnie z różnych przyczyn nie trafiają do lekarza, nawet jeśli ich stan zdrowia kwalifikuje do objęcia opieką.

Skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey 13) jest badaniem kwestionariuszowym, obejmującym samoocenę stanu zdrowia i wykonywania codziennych czynności, pomagającym zidentyfikować osoby o zwiększonym ryzyku znacznego pogorszenia stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej [art. 4 pkt 10]. Wynik punktowy w skali VES-13 zależy od stopnia samodzielności pacjenta. Jeżeli wynik wstępnej oceny geriatrycznej wynosi co najmniej 6 punktów w skali VES-13, pacjent POZ jest kierowany do właściwego, ze względu na miejsce zamieszkania, Centrum. Wyniki wstępnej oceny geriatrycznej dołącza się do skierowania do Centrum.

Skierowanie do Centrum będzie wystawiane również przez lekarza udzielającego świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, 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 (COG) osoby, która ukończyła 75 rok życia. Wyniki całościowej oceny geriatrycznej zostaną dołączone do skierowania do Centrum. Pacjentami Centrum będą mogli zostać chorzy, który wg skali Barthel stosowanej podczas COG osiągną wynik pomiędzy 40 a 60 punktów (możliwe odstępstwa będą uzależnione od decyzji lekarza). Schemat kierowania pacjenta do Centrum został zobrazowany na wykresie 2.

Wykres 2 Kierowanie pacjenta pod opiekę Centrum Zdrowia 75+



Źródło: Opracowanie własne.

Całościowa Ocena Geriatryczna [art. 37]

Pierwsza wizyta w Centrum powinna rozpocząć się od przeprowadzenia Całościowej Oceny Geriatrycznej, z wyjątkiem sytuacji gdy osoba uprawniona posiada wyniki całościowej oceny geriatrycznej przeprowadzonej w okresie 30 dni przed dniem wystawienia skierowania do Centrum (wtedy badanie nie będzie ponawiane). Organizuje ją koordynator. Powinna zostać zaaranżowana jako szereg konsultacji, które odbywają się jednego dnia i obejmują:

- wywiad koordynatora (ankieta na temat najważniejszych zagadnień związanych z funkcjonowaniem pacjenta; ankieta powinna zostać opracowana w Centrum przez zespół koordynatorów),
- ocenę stanu zdrowia przez fizjoterapeutę (jej efektem powinna być diagnoza i zalecenia),
- konsultację u geriatry z wszystkimi dotychczasowymi wynikami badań i kwestionariuszami; geriatra może zlecić ewentualnie dalsze niezbędne badania,
- badania laboratoryjne będą realizowane w możliwie szybkim czasie od momentu ich zlecenia – koordynator udzieli pacjentowi pomocy w organizacji tego procesu. W zależności od decyzji geriatry o zakresie badań, będą one realizowane na oddziale geriatrycznym w ramach procedury jednodniowego pobytu, w gabinecie zabiegowym w Centrum lub w domu pacjenta (przez Geriatryczny Zespół Opieki Domowej).

COG to wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego¹⁶. COG może być przeprowadzona przez zespół geriatryczny w warunkach: poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna), geriatrycznej wizyty domowej (pozaszpitalna, domowa opieka geriatryczna), szpitalnego oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne) lub dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej) oraz w zakładzie leczniczym (lecznictwo zamknięte). Całościowa Ocena Geriatryczna obejmuje standaryzowane skale i testy diagnostyczne, dobierane na podstawie algorytmu w oparciu o dane uzyskane w skali VES-13, badające przekrojowo 4 podstawowe obszary: zdrowie fizyczne, sprawność funkcjonalną, zdrowie psychiczne, uwarunkowania społeczno-środowiskowe.

Procedury wykonywane w trakcie COG są następujące:

- ocena skalą VES-13;
- wywiad poszerzony o dane: demograficzne, środowiskowe i socjospołeczne (również od opiekuna); na temat omdleń, upadków, wahań masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie przyjmowane leki (recepturowe i pozarecepturowe),
- badanie internistyczne poszerzone o elementy oceny neurologicznej, siły mięśniowej obu rąk (dynamometrem), stanu odżywienia, ocenę hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę słuchu i widzenia,
- ocena stanu czynnościowego - określającego zdolności pacjenta do wykonania: podstawowych czynności dnia codziennego za pomocą skali Activities of Daily Living (ADL), złożonych czynności dnia codziennego za pomocą skali Instrumental Activities of Daily Living (IADL). W celu kwalifikacji chorego do objęcia opieką długoterminową stosowana jest skala Barthel – oceniająca umiejętność samodzielnego spożywania posiłków, poruszania się, korzystania z toalety, utrzymywania higieny, ubierania się, kontroli zwieraczy,
- ocena stanu fizycznego - określającą ryzyko upadków (skala Tinetti, test „Wstań i Idź” - TUG), ryzyko odleżyn (skala Norton), ryzyko niedożywienia (skala Mini Nutritional Assessment (MNA), ryzyko zespołu słabości,
- ocena stanu umysłowego - obejmuje badanie przesiewowe w kierunku zaburzeń pamięci za pomocą testu Minimental State Examination (MMSE) i testu rysowania zegara (TRZ); oraz badanie w kierunku zaburzeń nastroju za pomocą Geriatrycznych Skali Depresji (GDS),
- wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych zawartych w karcie COG,

¹⁶ Ibidem [<https://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2013-02-1.pdf>]

- opracowanie przez lekarza geriatrę, na podstawie zgromadzonych danych i ocen członków ZG, wniosków i zaleceń obejmujących dalszą diagnostykę i leczenie i/lub dalszy zakres opieki długoterminowej bądź paliatywnej pacjenta geriatrycznego.

Po otrzymaniu wyników wszystkich badań lekarz geriatra wraz z zespołem przygotowuje opinię na temat stanu zdrowia pacjenta i rokowań. Wynikiem COG jest identyfikacja wszystkich problemów zdrowotnych, wczesne wykrywanie wielkich problemów geriatrycznych, w tym otępienia i depresji, a także określenie potrzeb opiekuńczych, pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Wnioski z badań zostaną przekazane przez lekarza geriatrę koordynatorowi (wizyta pacjenta nie jest konieczna). W zaleceniach zostanie określone ukierunkowanie priorytetów w działaniu (wytyczne). Na podstawie analizy najbardziej dolegliwych problemów lekarz oceni stan pacjenta za pomocą skali Barthel:

- poniżej 40 punktów – chorzy słabo rokujący, powinni być kierowani do ZOL, opieki domowej, DPS lub szpitala,
- powyżej 60 – opieka POZ. Pacjent otrzymuje zalecenie, kiedy powinien poddać się kolejnej ocenie przesiewowej; informacja ta jest przekazywana do koordynatora, a następnie do POZ,
- 40-60 punktów – są to tzw pacjenci rokujący, którzy powinni zostać objęci wsparciem Centrum. Ta ostatnia grupa zostaje objęta dalszymi działaniami Centrum.

Cele oraz poszczególne elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej zostały opisane w opracowaniu pt. *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*. COG jest procedurą obecnie realizowaną m.in. na oddziałach szpitalnych. Wzór prowadzenia dokumentacji badania stanowi załącznik 11b do Zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne¹⁷. Jest to karta Całościowej Oceny Geriatrycznej, uwzględniająca informacje o pacjencie oraz procedury realizowane podczas takiej konsultacji.

Indywidualny plan postępowania terapeutycznego

Po przeprowadzeniu całościowej oceny geriatrycznej (lub gdy była ona przeprowadzona przed skierowaniem do Centrum to na podstawie tych wyników) w Centrum zostanie opracowany indywidualny plan postępowania terapeutycznego (IPPT) [art. 38]. IPPT zostanie opracowany przez zespół geriatryczny, w którego skład wchodzi lekarz, pielęgniarz, fizjoterapeuta, psycholog i koordynator opieki geriatrycznej. Będzie on podlegał okresowej ewaluacji przez zespół, nie rzadziej jednak niż raz na 3 miesiące. Plan będzie obejmował:

- informację o podstawowych problemach zdrowotnych i społecznych pacjenta,
- określenie celu postępowania terapeutycznego,

¹⁷ https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/293/6622/1/2017_073_dsoz.zip

- określenie planowanych metod osiągnięcia celu postępowania terapeutycznego, w szczególności wskazanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentowi w Centrum,
- określenie potrzeb opiekuńczych i pielęgnacyjnych pacjenta, w tym potrzeby zbadania przez właściwy ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych możliwości objęcia osoby świadczeniami z zakresu pomocy społecznej lub usługami społecznymi,
- okres i harmonogram realizacji indywidualnego planu.

Przykładowe zalecenia, które można uwzględnić w IPPT :

- pobyt w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej DOOG,
- konsultacje specjalistyczne realizowane w AOS (np. u okulisty, psychiatry, kardiologa itp.),
- rehabilitację, która może być realizowana w ramach DOOG lub w innym miejscu,
- zakres wsparcia realizowany przez edukatora zdrowotnego (dla pacjenta i jego rodziny),
- konieczność zapewnienia transportu na realizację świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych.

Koordinację wykonania indywidualnego planu zapewni koordynator opieki geriatrycznej we współpracy z pacjentem i jego opiekunami [art. 39]. Zadania koordynatora będą następujące:

- monitorowanie wykonania indywidualnego planu,
- udzielanie pacjentowi oraz jego opiekunowi, informacji o sposobie realizacji indywidualnego planu,
- zapewnienie współpracy między osobami i podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z indywidualnego planu,
- zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach realizacji indywidualnego planu;
- współpraca z opiekunem pacjenta oraz podmiotami leczniczymi i innymi jednostkami,

Koordinator zawsze powinien działać w porozumieniu z pacjentem lub jego opiekunem. Może pomóc w ustaleniu harmonogramu wizyt u poszczególnych konsultantów i harmonogramu rehabilitacji. Pacjent Centrum nie będzie miał specjalnych przywilejów w kolejce, natomiast dzięki wsparciu koordynatora możliwe będzie sprawniejsze ustalanie terminów wizyt, niż gdyby pacjent umawiał się samodzielnie. Koordynator może również monitorować zwalnianie się miejsca w kolejce, gdy np. inni pacjenci rezygnują z wizyty.

Specjaliści, do których trafi pacjent Centrum będą świadczyć usługi zdrowotne zgodnie z zapotrzebowaniem, a następnie przekażą informację zwrotną do Centrum. Każdorazowo geriatra powinien przeanalizować przepisane terapie i leki, aby wykluczyć ryzyko polipragmazji. Ponadto wszelkie dotyczące pacjenta Centrum informacje o wynikach konsultacji specjalistycznych, pobytach w szpitalu i innych udzielonych świadczeniach medycznych powinny być przekazywane do Centrum.

Jeśli zaistnieje taka potrzeba, w szczególności przy zidentyfikowanej konieczności wdrożenia usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych lub umieszczenia w domu pomocy

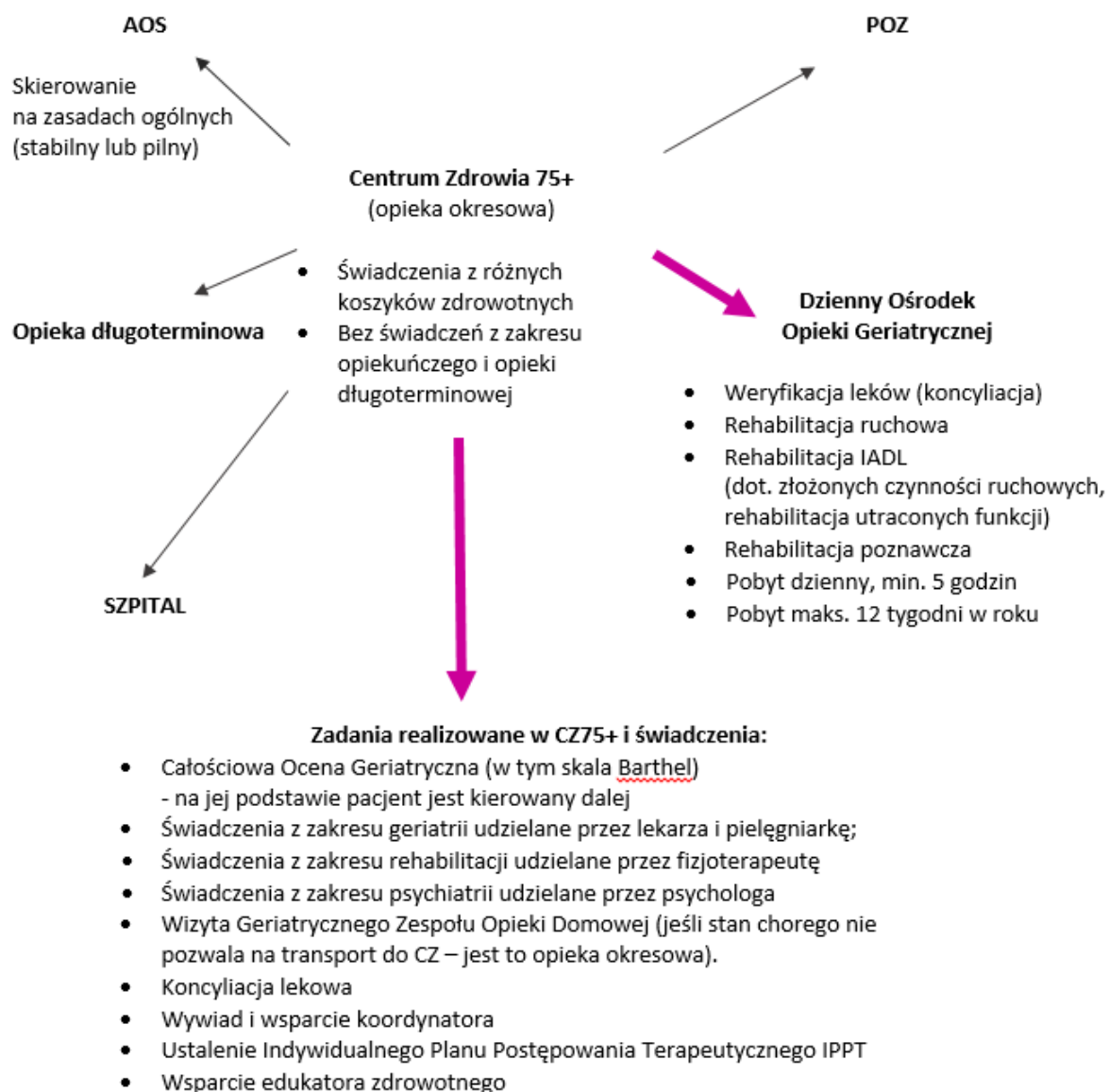
społecznej, koordynator powinien nawiązać kontakt z instytucjami pomocy społecznej, aby przekazać informacje o potrzebie dodatkowego wsparcia [art. 40 projektu]. Centrum zawiadomi właściwy ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych o konieczności rozpoznania potrzeb tej osoby po uzyskaniu jej zgody.

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]. Pacjent w dobrym stanie zdrowia będzie kontynuował opiekę zapewnianą przez POZ. Wśród oferowanych tam usług znajdują się np. przedłużanie leków, kierowanie na badania czy realizacja wizyt pielęgniarskich. Otrzyma ponadto informację, kiedy powinien poddać się kolejnej wstępnej ocenie geriatrycznej.

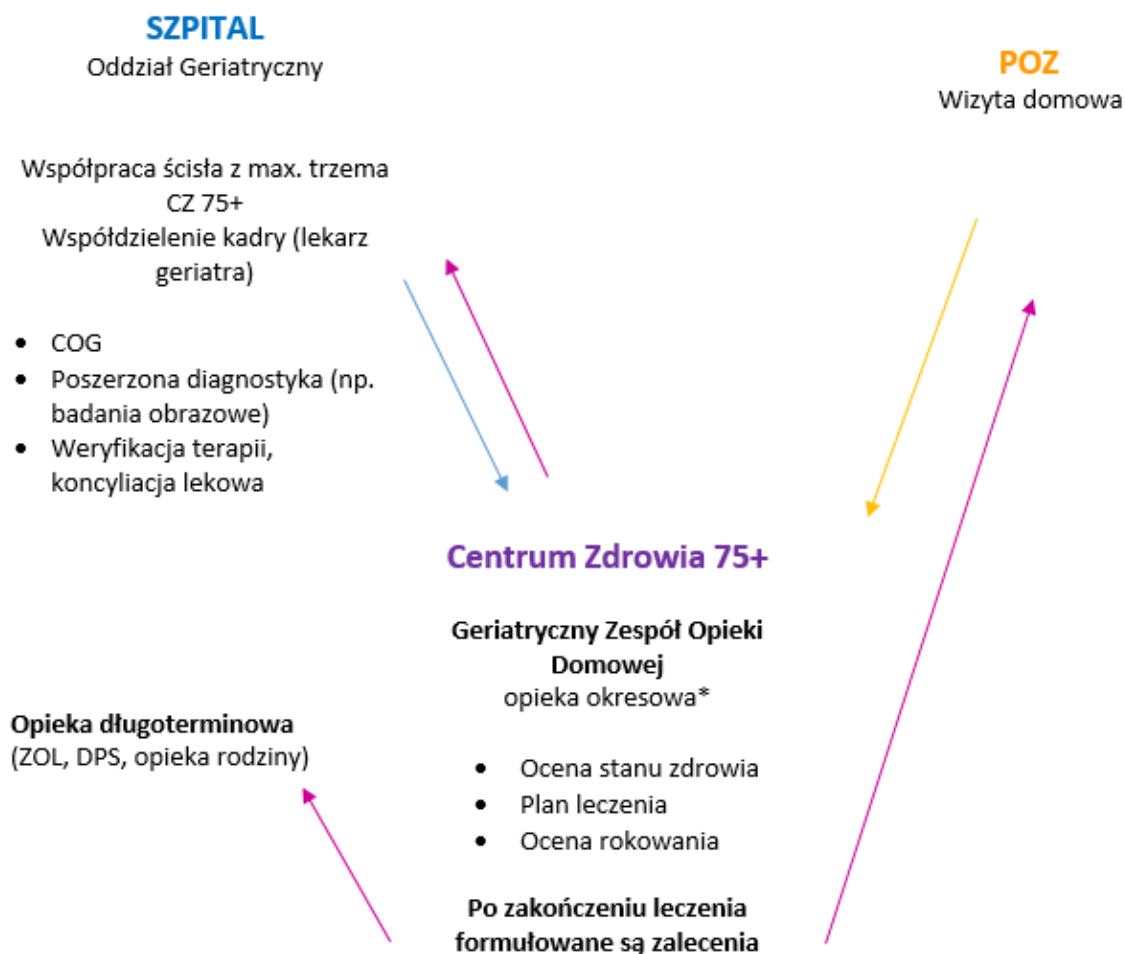
Podsumowanie usług realizowanych w Centrum zdrowia 75+ (w tym z uwzględnieniem świadczeń udzielanych choremu leżącemu) oraz relacje Centrum z innymi instytucjami systemu ochrony zdrowia zostały zobrazowane na wykresach 3 i 4.

Wykres 3. Ścieżki leczenia pacjenta, który trafił pod opiekę Centrum Zdrowia 75+



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 4. Opieka okresowa nad chorym leżącym powyżej 75 roku życia



* Dodatkowo przez cały okres leczenia możliwe jest wsparcie opiekuńcze realizowane przez system pomocy społecznej.

* Dodatkowo przez cały okres leczenia możliwe jest wsparcie opiekuńcze realizowane przez system pomocy społecznej.

Źródło: Opracowanie własne

Celem nadrzędnym funkcjonowania CZ75+, w tym DOOG, będzie odsunięcie w czasie momentu niesamodzielności oraz wspieranie zdrowego i satysfakcjonującego starzenia się. Kluczem do sukcesu będzie intensyfikacja działań poprzez wsparcie zespołu geriatrycznego, koordynatora opieki geriatrycznej, edukatora medycznego i rehabilitacji dostępnej w DOOG. Usługi będą świadczone w komunikacji z innymi instytucjami medyczno-opiekuńczymi. Jeśli mimo podjętych interwencji stan zdrowia pacjenta nie poprawi się i niezbędne będzie udzielanie dalszego wsparcia opiekuńczo-medycznego, wtedy pacjent powinien zostać objęty świadczeniami z zakresu opieki długoterminowej.

Krajowa Rada

W art. 42-44 określono ramy funkcjonowania Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, zwanej dalej „Radą”, 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.

Rada będzie składała się z 17 przedstawicieli urzędów centralnych, specjalistów z zakresu medycyny i nauk o zdrowiu, przedstawicieli samorządu oraz organizacji społecznych. Ustawa dokładnie precyzuje skład Rady, do której wejdą:

- 1) dwóch przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) dwóch przedstawicieli Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) przedstawiciel ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego;
- 4) konsultanci krajowi w dziedzinach: geriatry, rehabilitacji, psychiatrii, pielęgniarstwa geriatrycznego oraz zdrowia publicznego;
- 5) przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH - PIB;
- 7) przedstawiciel Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Leonory Reicher;
- 8) przedstawiciel wskazany przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 9) przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) przedstawiciel stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszającymi specjalistów w dziedzinie geriatry lub medycyny rodzinnej;
- 11) przedstawiciel organizacji zrzeszających pacjentów, do których zadań statutowych należą sprawy dotyczące opieki nad osobami, które ukończyły 75 rok życia, objęte zakresem ustawy.

Członkowie Rady będą powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Członkowie Rady, inni niż przedstawiciele ministra właściwego do spraw zdrowia

będą powoływani i odwoływani na wniosek podmiotów, których będą przedstawicielami. Członkowie Rady, o których mowa w pkt 10 i 11, będą powoływani spośród kandydatów wskazanych przez stowarzyszenia i organizacje, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia udostępnienia na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o naborze przedstawicieli takich stowarzyszeń i organizacji na członków Rady. Zgodnie z art. 51 projektu pierwszych członków Rady minister powoła do dnia 1 marca 2024 r.

Przewodniczący Rady zostanie wybrany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród członków Rady. W pracach Rady będą mogły uczestniczyć również osoby niebędące członkami Rady, zaproszone przez Przewodniczącego Rady. Osobom tym nie będzie przysługiwało prawo głosu przy podejmowaniu rozstrzygnięć. Rada będzie podejmowała rozstrzygnięcia zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków, a w przypadku równej liczby głosów zadecyduje głos Przewodniczącego Rady.

Rada będzie działała na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Za udział w pracach Rady nie będzie przysługiwało wynagrodzenie. Członkom Rady biorącym udział w posiedzeniu Rady oraz dodatkowym ekspertom, zamieszkałym poza miejscowością, w której odbywa się posiedzenie Rady, będzie przysługiwał zwrot kosztów przejazdu i zakwaterowania oraz dieta na zasadach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej.

Obsługę Rady zapewni urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia, a koszty funkcjonowania Rady będą pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Zmiany w przepisach, przepisy dostosowujące i przepis końcowy

W art. 47 zawarta została propozycja zmiany art. 29 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry rozszerzająca katalog podmiotów powołujących członków komisji bioetycznej o dyrektora państwowego instytutu badawczego uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia i nadzorowanego przez Ministra Obrony Narodowej.

Zgodnie z art. 29 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry członków komisji bioetycznej powołuje – obok okręgowej rady lekarskiej oraz rektora uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu – dyrektor instytutu badawczego nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, dyrektor Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji lub dyrektor instytutu Polskiej Akademii Nauk należącego do Wydziału Nauk Medycznych.

Obecne brzmienie przepisu nie obejmuje Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego (zwany dalej „WIM-PIB”), który jest państwowym instytutem badawczym uczestniczącym w systemie ochrony zdrowia, nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej. WIM-PIB posiada bardzo bogate, ponad 20-letnie doświadczenie w

zakresie działalności naukowo-badawczej, jednak nie posiada możliwości powoływania członków komisji bioetycznej.

WIM-PIB prowadzi działalność naukową, badawczą, ekspercką i dydaktyczną, w tym kształcenie podyplomowe lekarzy i pielęgniarek. WIM-PIB posiada kategorię naukową A pod względem jakości prowadzonych badań naukowych i prac rozwojowych w klasyfikacji Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz uprawnienia do nadawania stopni naukowych doktora i doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne, a także uprawnienia do specjalizacji w 47 dziedzinach medycyny.

Przedmiotem badań naukowych i prac rozwojowych prowadzonych w WIM-PIB są uznawane za priorytetowe dla rozwoju nauki i gospodarki w obszarze zagrożeń zdrowotnych, w tym ściśle związane ze współczesnym polem walki, zagadnienia z obszaru chirurgii (robotyzacji), ortopedii i traumatologii, intensywnej terapii, psychiatrii, hiperbarii, chorób wewnętrznych, epidemiologii i chorób zakaźnych (np. projekty: System teleinformatyczny

w diagnostyce pola walki i ewakuacji medycznej (MEWAMED); Inteligentny, zintegrowany system do lokalizacji, wstępnej oceny i pomocy medycznej poszkodowanym na polu walki wykorzystujący geoinformacje i sensory biomedyczne (MILGEOMED); Poprawa bezpieczeństwa i ochrona żołnierzy na misjach poprzez działanie w obszarach wojskowo-medycznym i technicznym (AFGAN); Zestaw opatrunkowy zabezpieczający urazy powstałe w trakcie pełnienia obowiązków służbowych przez służby mundurowe).

Większość prowadzonych w WIM-PIB badań naukowych dotyczy analizy przyczyn i mechanizmów rozwoju chorób oraz poszukiwania markerów użytecznych w tworzeniu nowych metod leczenia. Ponad dwudziestoletnia działalność naukowo-badawcza WIM-PIB ma istotne znaczenie dla rozwoju poszczególnych specjalności naukowych, m.in.: onkologii, kardiologii, okulistyki, neurologii, nefrologii, ginekologii, w tym ginekologii onkologicznej i leczenia niepłodności, chirurgii, pneumonologii, medycyny nuklearnej, medycyny pola walki. WIM-PIB prowadził również profilaktyczne programy zdrowotne, badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Wieloletnie doświadczenie i potencjał naukowo-badawczy WIM-PIB pozwalają podejmować szeroką współpracę z wiodącymi ośrodkami w kraju i za granicą (m.in. Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, Wojskową Akademią Techniczną, Harvard Medical School, Stanford University, Georgetown University) oraz uczestniczyć w pracach międzynarodowych grup badawczych. Wyniki wspólnych badań publikowane są w czasopismach o najwyższym prestiżu (The New England Journal of Medicine, The Lancet).

Z uwagi na całokształt przedstawionych powyżej okoliczności, a w szczególności ogromne doświadczenie i zaangażowanie WIM-PIB w działalność naukowo-badawczą, w tym z uwzględnieniem potrzeb obronności państwa, w pełni uzasadnione jest umieszczenie wśród innych podmiotów i instytutów badawczych posiadających możliwość powoływania członków komisji bioetycznych również tego państwowego instytutu badawczego uczestniczącego w systemie ochrony zdrowia i nadzorowanego przez Ministra Obrony Narodowej.

W art. 48 projektu wprowadzane są dwie zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jedna dotyczy

poszerzenia w art. 29 ustawy katalogu wyjątków od generalnej zasady wyboru przez świadczeniobiorcę świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Katalog wyłączeń z ww. zasady zostanie poszerzony o świadczenia zdrowotne udzielane w Centrum, które zgodnie z art. 21 i 36 ust. 1 projektowanej ustawy będą udzielane osobom uprawnionym mającym miejsce zamieszkania na obszarze działania Centrum.

W przypadku drugiej zmiany dotyczy ona poszerzenia katalogu wyjątków od określonego w art. 95d ust.1 obowiązku występowania z wnioskiem do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, o wydanie opinii o celowości inwestycji. Z uwagi na uzależnienie w projektowanej ustawie powstawania Centrów Zdrowia 75+ od wpisania danego Centrum do wojewódzkiego polanu działania szczególnej opieki geriatrycznej opracowywanego przez wojewodę i zatwierdzanego przez ministra właściwego ds. zdrowia, w projekcie zaproponowano wyłączenie Centrów Zdrowia 75+ z obowiązku występowania z wnioskiem do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, o wydanie opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa Centrów Zdrowia 75+.

Art. 49 projektu wprowadza zmiany w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym, dzięki czemu powstanie możliwość dofinansowania zadania polegającego na budowie, modernizacji, przebudowie lub doposażeniu Centrów Zdrowia 75+ w ramach subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.

Ponadto rozszerzony został katalog wnioskodawców, którzy mogą złożyć propozycję projektu strategicznego, co umożliwi wnioskowanie o dofinansowanie ze środków subfunduszu infrastruktury strategicznej przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Kolejna zmiana dotyczy art. 19 ust.3 ustawy o Funduszu Medycznym. Wprowadzi ona możliwość wykorzystania środków finansowych z subfunduszu modernizacji na rzecz świadczeń z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych oraz na wsparcie tworzenia Centrów Zdrowia 75+

W przypadku zmiany do art. 7 pkt 2 i art. 19 ust. 3 ustawy o Funduszu Medycznym w zakresie dotyczącym świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych to wynikają one z konieczności modyfikacji obowiązujących przepisów ustawy o Funduszu Medycznym w zakresie pozwalającym na rozwój – w formach określonych w art. 7 ust. 2 tego aktu normatywnego – kompleksowej opieki paliatywnej i hospicyjnej w celu poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych. Analiza dostępu do świadczeń opieki paliatywnej na terenie kraju, liczonego przede wszystkim jako liczba łóżek stacjonarnych w przeliczeniu na populację województw, pokazuje bowiem duże różnice co, przede wszystkim w świetle zwiększającego się poziomu zapadalności na nowotwory złośliwe, utrudnia dostęp do świadczeń, udzielanych w terminalnej fazie opieki nad pacjentami z chorobą nowotworową. Zaproponowane zmiany pozwolą, w ramach Funduszu Medycznego, na wsparcie szeroko rozumianego rozwoju sektora poprzez zarówno poprawę standardu udzielanych świadczeń,

rozbudowę ośrodków ze zwiększeniem liczby łóżek, jak i tworzenie nowych oddziałów udzielających świadczeń w tym zakresie.

Przepisy dostosowujące zostały opisane we wcześniejszej części uzasadnienia projektu ustawy.

Finansowanie szczególnej opieki geriatrycznej

Zgodnie z art. 20 ust. 5 świadczenia opieki zdrowotnej, które będą realizowane w Centrum Zdrowia 75+, będą świadczeniami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta. Świadczenia, które będą udzielane w Centrum Zdrowia 75+ zostaną uwzględnione w „rozporządzeniu koszykowym” w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Zgodnie z art. 45 do finansowania świadczeń realizowanych w Centrum Zdrowia 75+ 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 (stosowne zmiany umożliwiające wykorzystanie środków Funduszu Medycznego zostały zaplanowane w art. 49 niniejszego projektu). 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 leczenie 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.

Szacunek kosztów utworzenia Centrum Zdrowia 75+

Kalkulacja została opracowana przy założeniu, że część samorządów dysponuje infrastrukturą, która umożliwi dość szybkie jej dostosowanie na potrzeby utworzenia Centrum (mogłyby one powstać już w pierwszym roku funkcjonowania ustawy). Niektóre samorzady posiadają na swoim terenie nieruchomości, które będą wymagały wykonania zaawansowanych prac remontowo-budowlanych (tam utworzenie Centrum będzie realne od drugiego roku funkcjonowania ustawy). Zbudowanie infrastruktury od podstaw znacząco wydłuża realizację zadania (trzeci rok i kolejne lata funkcjonowania ustawy).

Kwoty, przyjęte na użytek szacunków, jakie mogą zostać przeznaczone z Funduszu Medycznego na poszczególne opcje tworzenia Centrum:

- | | |
|----------------------|-----------------|
| A. Dostosowanie | – 500 tys. zł |
| B. Przebudowa | – 2 000 tys. zł |
| C. Budowa od podstaw | – 5 000 tys. zł |

Wskazane kwoty są orientacyjne, a ich wysokość została wskazana tylko na użytek oceny skutków finansowych regulacji. Uwzględniają również zakup podstawowego wyposażenia Centrum. Szacunki powstały w oparciu o wywiady przeprowadzone z dyrektorami zarządzającymi placówkami zbliżonymi do Centrum Zdrowia 75+ w średniej wielkości i dużych miastach. Wszystkie kwoty zostały wyrażone w złotych i w cenach za 2023 rok.

W kalkulacji, która została zaprezentowana w tabeli 8, uwzględniono dwa warianty tworzenia placówek Centrum, które uzależnione będą od możliwości i zainteresowania samorządów tym projektem. Wariant A zakłada wolniejszą realizację przedsięwzięcia, zaś Wariant B sprawniejszą. Wariant A jest również bardziej kosztowną opcją, ponieważ więcej Centrów powstanie dzięki wybudowaniu nowych nieruchomości (założono, że takie rozwiązanie przyjmie 40% samorządów względem 30% w Wariacie B). W obu wariantach przyjęto, że 40% samorządów wyda środki finansowe na przebudowę lub generalny remont już posiadanych nieruchomości. Z kolei na utworzenie Centrum dzięki dostosowaniu lub modernizacji budynków w Wariacie A zdecyduje się 20% samorządów wobec 30% w Wariacie B.

Ostatecznie warianty zakładają utworzenie 300 placówek Centrum Zdrowia 75+: w wariacie A w latach 2024-2028 za łączną maksymalną kwotę 870 mln zł, zaś w wariacie B w latach 2024-2028 za łączną maksymalną kwotę 735 000 tys. zł.

Tabela 8 Dwa warianty możliwych kosztów utworzenia 300 placówek Centrum Zdrowia 75+ w kolejnych latach funkcjonowania ustawy.

Kolejny rok funkcjonowania ustawy	1		2		3		4		5	
Rok kalendarzowy	2024		2025		2026		2027		2028	
WARIANT A (wolniejszy)										
Sposób tworzenia CZ 75+:	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł
A. dostosowanie	10	15 000	10	15 000	0	0	0	0	0	0
B. przebudowa	0	0	10	60 000	10	60 000	10	60 000	10	60 000
C. budowa od podstaw	0	0	0	0	10	150 000	20	300 000	10	150 000
% samorządów, które utworzyły CZ 75+ w danym roku	10	.	20	.	20	.	30	.	20	.
% samorządów prowadzących CZ 75+ w danym roku (narastająco)	10	.	30	.	50	.	80	.	100	.
całkowity koszt powstania CZ 75+ w danym roku (tys. zł)	.	15 000	.	75 000	.	210 000	.	360 000	.	210 000
WARIANT B (szybszy)										
Sposób tworzenia CZ 75+	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł	%	tys. zł
A. dostosowanie	10	15 000	20	30 000	0	0	0	0	0	0
B. przebudowa	0	0	20	120 000	10	60 000	10	60 000	10	60 000
C. budowa od podstaw	0	0	0	0	20	300 000	10	150 000	10	150 000
% samorządów, które utworzyły CZ 75+ w danym roku	10	.	40	.	30	.	20	.	20	.
% samorządów prowadzących CZ 75+ w danym roku (narastająco)	10	.	50	.	80	.	100	.	100	.
całkowity koszt powstania CZ 75+ w danym roku (tys. zł)	.	15 000	.	150 000	.	360 000	.	210 000	.	210 000

Całkowity koszt utworzenia 300 Centrów:

Wariant A, 5-letni – 870 000 tys. zł

Wariant B, 4-letni – 735 000 tys. zł

Szacunek kosztów funkcjonowania Centrum Zdrowia 75+

1. Dzienny Ośrodek Opieki Geriatrycznej (DOOG)

Założenia:

- Każde Centrum posiada przynajmniej jeden DOOG. Ośrodek może posiadać maksymalnie 15 miejsc. W większych Centrach mogą być dwie grupy po 15 pacjentów. Kalkulacja uwzględnia tylko minimalny wariant zakładający powstanie 15 miejsc w każdym Centrum.
- Należy przyjąć, że w DOOG wszystkie miejsca będą wykorzystywane we wszystkie dni robocze w skali roku (ok. 252 dni).

- Osobodzień – to wyrażona w złotych średnia wartość kosztu dziennego pobytu jednego pacjenta w DOOG. Kwota uwzględnia koszty bezpośrednie (związane z realizacją świadczeń udzielanych w ramach dziennego ośrodka opieki geriatrycznej, m.in. wynagrodzenie dla personelu udzielającego świadczenia, zakup posiłków dla uczestników, koszty transportu uczestników oraz zakup materiałów/produktów niezbędnych do prowadzenia poszczególnych świadczeń dla uczestników) oraz koszty pośrednie (niedotyczące bezpośrednio realizacji udzielanych świadczeń).

Do obliczenia kosztów finansowania DOOG wykorzystano m.in. doświadczenia nabyte w wyniku prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (dalej DDOM), które udzielają podobnych świadczeń w trybie ambulatoryjnym i dziennym. DDOM-y powstawały i były prowadzone w ramach projektów pilotażowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER). W raporcie ewaluacyjnym tych projektów wskazano, że w 2017 r. rzeczywisty (poniesiony) koszt osobodnia wyniósł 150 zł¹⁸. Z kolei w trakcie rozmów przeprowadzonych w 2023 r. z realizatorami usług prowadzonych w Dziennych Domach Opieki Medycznej w województwie mazowieckim oszacowano, że koszt osobodnia w 2023 r. kształtuje się przeciętnie na poziomie 180-210 zł. Innym źródłem informacji o kosztach świadczeń realizowanych dla pacjenta geriatrycznego w formie dziennego pobytu są Zarządzenia Prezesa NFZ. Z katalogu obecnie funkcjonujących świadczeń kategorią najbardziej zbliżoną do usługi pobytu dziennego w DOOG jest świadczenie dzienne psychiatryczne geriatryczne, które w 2020 r. zostało wycenione na kwotę 176,22 zł za osobodzień (Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ¹⁹).

Uwzględniając efekt inflacji i konieczność zapewnienia standardów świadczeń adekwatnych do sytuacji zdrowotnej seniorów w zaawansowanym i bardzo zaawansowanym wieku, wydaje się, że kwota na poziomie co najmniej 180 zł będzie realną stawką osobodnia. Roczny koszt funkcjonowania jednej placówki dla 15 pacjentów, która będzie czynna przez 252 dni w roku, przy uwzględnieniu stawki za osobodzień na poziomie 180 zł kształtuje się następująco:

liczba dni funkcjonowania w roku (252) x liczba pacjentów (15) x kwota za osobodzień (180 zł) =

1 placówka: 680,4 tys. zł rocznie

¹⁸ *Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM). Raport końcowy*; Barbara Leszczyńska, Magdalena Makurat, Krzysztof Tymicki; Warszawa, czerwiec 2017 [https://www.ewaluacja.gov.pl/media/42308/DDOM_RK.pdf]

¹⁹ Zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

2. Koszty funkcjonowania Centrum Zdrowia75+ (bez kalkulacji dot. DOOG)

W poradni konsultacyjnej przewiduje się zatrudnienie (w różnych częściach etatu) następujących pracowników medycznych:

- lekarza specjalisty (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie geriatry – 0,25 etatu przeliczeniowego,
- lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej lub mgr fizjoterapii – 0,5 etatu przeliczeniowego,
- psychologa – 0,5 etatu przeliczeniowego,
- pozostałego personelu medycznego, w tym pielęgniarki - równoważnik 3 etatów.

W ramach zespołu koordynatorów oraz edukatorów zdrowotnych przewiduje się zatrudnienie:

- koordynatora opieki geriatrycznej – 10 etatów,
- edukatora zdrowotnego – 2 etaty.

W geriatrycznym zespole opieki domowej przewiduje się zatrudnienie:

- lekarza specjalisty (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie geriatry – 0,2 etatu przeliczeniowego,
- mgr. fizjoterapii – 0,5 etatu przeliczeniowego,
- psychologa – 0,2 etatu przeliczeniowego,
- pielęgniarki – 0,5 etatu przeliczeniowego.

Ponadto przewiduje się zatrudnienie 2 osób w punkcie recepcyjno-informacyjnym.

Na pozostałe wydatki pozaosobowe założono 10% kwoty kosztów osobowych.

Szczegółowe elementy kosztów osobowych i pozaosobowych oraz podsumowanie kosztów funkcjonowania Centrum zostały zaprezentowane w tabelach 9 i 10.

Tabela 9 Plan kosztów osobowych i pozaosobowych funkcjonowania Centrum Zdrowia 75+ (bez DOOG)

Kategoria	Personel	Wynagrodzenie miesięczne (w zł, 1 etat)	Etaty przeliczeniowe	Wynagrodzenie miesięczne (w zł, etat przeliczeniowy)	Wynagrodzenie roczne (w zł, etat przeliczeniowy)
Poradnia konsultacyjna	lekarz specjalista	13 000	0,75	9 750	117 000
	pozostały personel medyczny	9 000	3,5	31 500	378 000
Zespół koordynatorów oraz edukatorów zdrowotnych	koordynator opieki geriatrycznej	6 600	10	66 000	792 000
	edukator zdrowotny	6 600	2	13 200	158 400
Geriatryczny Zespół Opieki Domowej	lekarz specjalista	13 000	0,2	2 600	31 200
	pozostały personel medyczny	9 000	1,2	10 800	129 600
Punkt recepcyjno-informacyjny	pracownik recepcji	5 000	2	10 000	120 000
Koszty osobowe łącznie:				143 850	1 726 200
Koszty pozaosobowe funkcjonowania Centrum (bez DOOG)	10% kosztów osobowych			14 385	172 620

Tabela 10 Całkowity roczny koszt funkcjonowania Centrum Zdrowia 75+

Wyszczególnienie	Roczny koszt funkcjonowania (w zł)
Dzienny Ośrodek Opieki Geriatrycznej	680 400
Centrum Zdrowia 75+ (bez DOOG) <i>koszty osobowe</i>	1 726 200
Centrum Zdrowia 75+ (bez DOOG) <i>koszty pozaosobowe</i>	172 620
RAZEM	2 579 220

Założenia dotyczące wynagrodzenia dla personelu

Na podstawie ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw oraz po uwzględnieniu waloryzacji, która nastąpi od 1 lipca 2023 r. wynagrodzenie miesięczne zasadnicze brutto personelu przewidzianego do zatrudnienia w Centrum Zdrowia 75+ wyniesie:

- lekarz ze specjalizacją I lub II stopnia **9201,92 zł**,
- lekarz bez specjalizacji - **7518,96 zł** (dla lekarzy w trakcie specjalizacji),

- fizjoterapeuta, psycholog kliniczny, pielęgniarka ze specjalizacją **8186,53 zł**,
- fizjoterapeuta, pielęgniarka, psycholog, inny pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; pielęgniarka z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka ze średnim wykształceniem i specjalizacją - **6444,82 zł**.

Na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ Nr 38/2021/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” wynagrodzenie koordynatora wraz z pochodnymi w wymiarze jednego etatu przeliczeniowego wyniesie:

- Koordynator POZ PLUS – **5500 zł**

Wynagrodzenia uwzględnione w obliczeniach zostały dodatkowo powiększone o ewentualne dodatki stażowe i inne dodatki (łącznie o ok. 20-40%).

Podsumowanie wydatków

Koszty całkowite będą uzależnione od liczby podjętych inwestycji utworzenia Centrum oraz od liczby funkcjonujących już placówek. Zaprezentowane w tabeli 11 szacunki uwzględniają dwa możliwe warianty rozwoju sytuacji.

Koszty funkcjonowania będą ponoszone od momentu powstania CZ 75+. Należy uwzględnić, że w roku powstania dana placówka może funkcjonować mniej niż 12 miesięcy. Dla uproszczenia kalkulacji założono, że w każdym roku placówka działa przez 12 miesięcy.

W pierwszym roku funkcjonowania ustawy, gdy dopiero zaczną powstawać pierwsze Centra, koszty mogą kształtować się na poziomie ok 225 mln zł. W kolejnych latach koszty będą rosły i najwyższy poziom najprawdopodobniej osiągną w 4- i 5-tym roku funkcjonowania ustawy, gdy będzie działało ok 80% planowanych placówek, a jednocześnie wciąż będą realizowane nowe inwestycje finansowane z Funduszu Medycznego. Gdy powstanie zakładane w planie 300 placówek Centrum, wydatki na ich prowadzenie w skali roku wyniosą ok. 2 100 mln zł.

Tabela 11 Plan całkowitych wydatków na utworzenie i funkcjonowanie Centrum Zdrowia 75+ w latach 2024-2033. Uwzględnia warianty różniące się tempem przyrostu liczby placówek. Wariant A zakłada wolniejszą realizację przedsięwzięcia w skali kraju, Wariant B zakłada szybszą realizację. Kwoty w tys. zł.

Kolejny rok funkcjonowania ustawy	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rok kalendarzowy	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
WARIANT A (wolniejszy)										
Samorządy prowadzące CZ75+ % (liczba)	10 (30)	30 (90)	50 (150)	80 (240)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)
Koszt utworzenia CZ 75+	15 000	75 000	210 000	360 000	210 000	0	0	0	0	0
Koszt prowadzenia CZ 75+	210 294	630 882	1 051 470	1 682 352	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940
Koszt całkowity (tys. zł)	225 294	705 882	1 261 470	2 042 352	2 312 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940
WARIANT B (szybszy)										
Samorządy prowadzące CZ75+ % (liczba)	10 (30)	50 (150)	80 (240)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)	100 (300)
Koszt utworzenia CZ 75+	15 000	150 000	360 000	210 000	0	0	0	0	0	0
Koszt prowadzenia CZ 75+	210 294	1 051 470	1 682 352	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940
Koszt całkowity (tys. zł)	225 294	1 201 470	2 042 352	2 312 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940	2 102 940

Ogólne skutki finansowe wdrożenia ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej

Rozwiązania przewidziane w projekcie ustawy będą miały następujące skutki finansowe:

1) Dla Narodowego Funduszu Zdrowia:

- Finansowanie świadczeń realizowanych w Centrum Zdrowia 75+. Zgodnie z szacunkami w pierwszym roku funkcjonowania ustawy na ten cel zostanie przeznaczone od 210 mln do 630 mln zł (w zależności od tempa powstawania placówek Centrum). W tabeli 11 znajduje się kalkulacja kosztów prowadzenia Centrum uwzględniająca dwa warianty. W projekcie ustawy przyjęto, że w ciągu pięciu lat od wejścia w życie powinno powstać ok. 300 Centrów w skali kraju. Roczny koszt ich prowadzenia będzie kształtował się na poziomie ok. 2 102 mln zł.
- Finansowaniem świadczeń realizowanych w szpitalnych oddziałach geriatrycznych. Świadczenia będą realizowane na dotychczasowych zasadach.

2) Dla Funduszu Medycznego:

Finansowaniem tworzenia Centrum Zdrowia 75+. Zgodnie z szacunkami w pierwszym roku funkcjonowania ustawy na ten cel zostanie przeznaczone ok. 15 mln zł. W zależności od wysokości kwot, o które wnioskować będą podmioty lecznicze planujące utworzyć Centrum, całkowity koszt powstania 300 placówek w ciągu 5 lat może wynieść od 735 mln do 870 mln zł.

3) Dla Ministerstwa Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia będzie ponosić koszty związane z finansowaniem przejazdów, zakwaterowania i diet dla członków Krajowej Rady do spraw Szczególnej Opieki Geriatrycznej oraz dodatkowych zaproszonych ekspertów zamieszkałych poza miejscowością, w której będzie odbywać się posiedzenie Rady. Zwrot kosztów będzie odbywał się na zasadach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej. W skali roku będą to niewielkie kwoty.

Monitoring realizacji celów ustawy

Koncepcja szczególnej opieki geriatrycznej przewiduje zarówno określanie kierunków opieki geriatrycznej, jak również monitorowanie jej organizacji i dostępności. Głównym narzędziem planistycznym będzie wojewódzki plan działania szczególnej opieki geriatrycznej, którego utworzenie pozostaje w gestii wojewody. Wojewoda będzie ponadto odpowiedzialny za monitorowanie działalności Centrum w zakresie organizacji i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Na poziomie ogólnokrajowym ewaluacja będzie przeprowadzana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, który będzie realizował następujące zadania:

- 1) określanie kierunków rozwoju szczególnej opieki geriatrycznej;
- 2) monitorowanie organizacji i dostępności szczególnej opieki geriatrycznej;

3) dokonywanie oceny wojewódzkich planów.

Wsparcia w tym zakresie będzie udzielać Krajowa Rada do spraw opieki geriatrycznej, pełniąca funkcje opiniodawczo-doradcze. Jednym z zadań Rady będzie doradztwo w zakresie określania kierunków rozwoju opieki geriatrycznej. Możliwość kreowania propozycji o charakterze strategicznym stwarza również przestrzeń do opracowania listy wskaźników adekwatnych do oceny rozwoju szczególnej opieki geriatrycznej dla osób 75+.

W samej ustawie nałożony został obowiązek monitorowania w następujących obszarach:

- **Liczba łóżek geriatrycznych przypadająca na 100 000 osób w wieku 60 lat lub więcej, ogółem i w podziale na województwa** – wskaźnik ma służyć monitorowaniu wyznaczonego w ustawie celu, jakim jest zapewnienie 50 łóżek przypadających na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia [art. 10 ust. 3]. Realizacja celu ma nastąpić w ciągu 5 lat od dnia wejścia w życie ustawy [art. 52].
- **Liczba osób, które ukończyły 75. rok życia, zamieszkujących teren poszczególnych powiatów** – wskaźnik ma służyć ocenie realizacji następujących celów określonych w ustawie: równomiernemu rozmieszczeniu na terenie województw szpitalnych oddziałów geriatrycznych oraz Centrów, a także zapewnieniu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitalne oddziały geriatryczne i Centra.

Dzięki ustaleniu wskaźników odnoszących się do określonej populacji potencjalnych świadczeniobiorców, czyli osób powyżej 60 lat w przypadku łóżek geriatrycznych oraz osób powyżej 75 lat w przypadku Centrum Zdrowia 75, w pewnym stopniu uwzględnione zostały kryteria równomiernego rozmieszczenia i zapewnienia dostępności do świadczeń. Ze względu na wprowadzenie zupełnie nowych instytucji funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia dopiero po kilku latach możliwe będzie dokonanie oceny rozwoju tych form usług zdrowotnych. Wydaje się, że wyznaczenie precyzyjnych celów do osiągnięcia na tym etapie nie jest możliwe ani zasadne. Dzięki konieczności opracowywania i aktualizacji wojewódzkich planów oraz dzięki utworzeniu Krajowej Rady realizowane będą zadania planowania rozwoju szczególnej opieki geriatrycznej oraz wyznaczania celów ilościowych i jakościowych w przyszłości.

Wybrane skutki społeczno-ekonomiczne wprowadzenia ustawy

Projekt oddziałuje na wiele grup społecznych oraz instytucji: osoby powyżej 75 roku życia i ich faktycznych opiekunów, wojewodów, samorządy powiatów, szpitale, POZ, Narodowy Fundusz Zdrowia, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i inne uczelnie, które będą kształcić w nowych zawodach: edukatora zdrowotnego oraz koordynatora opieki geriatrycznej oraz konsultantów w dziedzinie geriatry.

Ogólne skutki ekonomiczne

Powstanie Centrum Zdrowia 75+ będzie wymagać budowy nowych placówek ochrony zdrowia lub przebudowy już istniejącej infrastruktury. Należy dążyć do tego, aby wydane środki wspierały lokalną przedsiębiorczość i rynek pracy

Organizacja form wsparcia najstarszych obywateli powinna być postrzegana nie tylko jako obciążenie finansowe. W ujęciu społecznym powstanie CZ 75+ przyniesie wiele wymiernych korzyści. Poprzez zapewnienie adekwatnego wsparcia medycznego, rehabilitację seniorów i lepszą komunikację z systemem pomocy społecznej możliwe będzie wypełnienie dotychczasowej luki w świadczeniach. Chorujący seniorzy zdobędą dostęp do informacji gdzie i w jaki sposób można korzystać z porad lekarskich, dodatkowo w sytuacji wielochorobowości zostanie zapewniona koordynacja działań. Docelowo seniorzy zostaną objęci lepszą i bardziej skoordynowaną opieką, poprawi się jakość ich życia, zaś rodziny i opiekunowie w mniejszym zakresie będą obciążeni sprawowaniem opieki nad osobami starszymi.

Rozwiązania ustawy korzystnie wpłyną na lokalne rynki pracy dzięki utworzeniu w powiatach nowych podmiotów leczniczych, które będą zatrudniać pracowników z różnymi kwalifikacjami. Powstanie branża medyczno-opiekuńcza w której zatrudnienie znajdą absolwenci kierunków kształcenia o zdrowiu publicznym – jest to liczna grupa osób, której potencjał dotychczas nie został wykorzystany.

Dodatkowym atutem będzie wsparcie członków rodzin opiekujących się seniorami. Wydłużenie okresu sprawności funkcjonalnej seniora spowoduje, że osoby starsze dłużej pozostaną niezależne. Ponadto działania koordynatora oraz usługi realizowane w ośrodku opieki senioralnej znacząco odciążą opiekunów w okresach pogorszenia stanu zdrowia seniorów. Umożliwi im to lepsze łączenie obowiązków zawodowych z opiekuńczymi nad starszymi członkami rodzin.

Ogólne skutki społeczne

Dzięki wprowadzonym rozwiązaniom można spodziewać się następujących pozytywnych zmian:

- wydłużenie średniego trwania życia Polaków
- wydłużenie trwania życia w zdrowiu

Od 2018 roku długość życia Polaków nie wzrasta. Najprawdopodobniej mamy do czynienia ze zjawiskiem wyczerpania rezerw najtańszych i najprostszych czynników, które sprzyjały przedłużaniu życia. Obserwowana dotychczas poprawa warunków życia oraz wzrost dobrobytu gospodarstw domowych nie będą już tak istotnie przekładać się na lepszą kondycję zdrowotną. Jednocześnie Polacy coraz częściej zaczynają chorować na tzw. choroby cywilizacyjne, które są skutkiem m.in. niekorzystnych zmian w stylu życia i zanieczyszczenia środowiska.

Dalsza poprawa ogólnej sytuacji zdrowotnej Polaków będzie wymagać znaczącego wzrostu nakładów finansowych i organizacyjnych w obszarze zdrowia. Niezbędne będzie wdrażanie innowacji medycznych, ale też w sferach życia codziennego, które zmniejszą obciążenia pracą i przyczynią się do redukcji stresu i urazów. W przypadku populacji seniorów kluczowe znaczenie w poprawie jakości i długości życia będzie miała szybka diagnoza, podjęcie właściwych działań naprawczych i powszechny dostęp do rehabilitacji geriatrycznej. Obecnie istnieje luka w tych zakresach, bądź są one realizowane w niewystarczającym stopniu. Wprowadzenie Centrów Zdrowia 75+ zapewni dostęp do usług i świadczeń niezbędnych dla osób w podeszłym wieku, co powinno bezpośrednio przełożyć się na poprawę ich stanu zdrowia i wydłużenie życia w dobrej kondycji.

Zaprojektowane w ustawie rozwiązania przyczynią się do upowszechnienia dostępu do specjalistycznej opieki medycznej dla osób powyżej 75 roku życia. Istotnie wzrośnie liczba placówek realizujących rehabilitację geriatryczną oraz wspierających podtrzymanie sprawności funkcjonalnej.

Dzięki zatrudnieniu koordynatorów opieki geriatrycznej możliwe będzie zintegrowanie usług medycznych i społecznych, a w rezultacie seniorzy zostaną objęci spersonalizowanym i kompleksowym wsparciem. Centra będą zatrudniać również edukatorów zdrowotnych. Ich aktywność przyczyni się do popularyzacji wiedzy o pielęgnacji seniorów.

Organizacja Centrów na poziomie powiatów oraz zapewnienie finansowania znacząco wyrówna dostęp do świadczeń medycznych dla pacjentów w podeszłym wieku w różnych obszarach Polski.

Przebieg prac nad projektem ustawy

Prace nad koncepcją szczególnej opieki geriatrycznej rozpoczęły się w 2017 r. w ramach aktywności sekcji do spraw ochrony zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP. W trakcie kilku lat funkcjonowały dwa zespoły robocze, a ze względu na wybuch pandemii COVID-19 prace zostały czasowo wstrzymane.

Podczas prac pierwszego zespołu powstały założenia samej koncepcji Centrum Zdrowia 75+. W spotkaniach uczestniczyli przedstawiciele systemu ochrony zdrowia, w tym lekarze geriatry i pielęgniarki oraz eksperci z zakresu zarządzania systemem ochrony zdrowia. Ponadto pod egidą sekcji ochrony zdrowia odbyły się dwa robocze seminaria. Ten etap zakończył się organizacją konferencji 9 września 2019 r., podczas której idea Centrum została zaprezentowana licznym środowiskom związanym lub zainteresowanym polityką senioralną i zdrowotną w Polsce, w tym lekarzom, organizacjom pozarządowym, samorządom, przedstawicielom administracji publicznej, ekspertom i branżowym mediom. Podczas spotkania odbyła się dyskusja nad koncepcją. Zyskała ona ogólne uznanie, aczkolwiek wielokrotnie podkreślono ryzyka wynikające z braku kadr medycznych, co mogłoby stać się blokadą dla tworzenia instytucji.

Drugi etap prac odbył się w ramach powołanego przez Szefa KPRP *Zespołu do spraw opracowania projektu regulacji dotyczącej szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej* z udziałem przedstawicieli Narodowej Rady Rozwoju, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry (będącego jednocześnie przedstawicielem Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji) oraz przedstawiciela organizacji społecznych.

Projekt ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej został zaprezentowany oraz omówiony na posiedzeniach rad Narodowej Rady Rozwoju:

- 7 grudnia 2022 r. – na posiedzeniu Rady ds. Ochrony Zdrowia,
- 27 marca 2023 r. – na posiedzeniu Rady ds. Społecznych,
- 20 kwietnia 2023 r. – na posiedzeniu Rady ds. Samorządu Terytorialnego.

Ponadto 22 maja 2023 r. odbyły się spotkania z grupami przyszłych realizatorów projektowanych działań. Przedstawiono na nich najważniejsze aspekty szczególnej opieki

geriatrycznej w zakresie zainteresowań wybranych interesariuszy: przedstawiciele samorządu terytorialnego oraz środowisk medycznych, w tym z samorządów pielęgniarek i lekarzy, lekarzami geriatrami oraz konsultantami krajowymi z wybranych dziedzin medycyny.

* * *

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 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

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt ustawy nie dotyczy majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców. Ustawa będzie miała pozytywny wpływ na sytuację mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców, co zostało opisane w uzasadnieniu w części *Ogólne skutki ekonomiczne*.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597), w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Załącznik nr 1

Założenia

do projektu aktu wykonawczego wynikającego z przedstawionego przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej projektu ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej

- I. Art. 24 ust. 4 projektu ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej zawiera upoważnienie ustawowe zobowiązujące ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia sposobu funkcjonowania i minimalnego zakresu świadczeń realizowanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej. Jako wytyczne, którymi minister właściwy do spraw zdrowia winien kierować się przy wydaniu rozporządzenia wskazano potrzebę zapewnienia pacjentom Centrum właściwego wsparcia, oraz realizację celów określonych w art. 3 ust. 2 projektu tj:
- 1) zachowanie możliwie największej sprawności funkcjonalnej i samodzielności osób uprawnionych;
 - 2) zapewnienie określonych w ustawie 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 niesamodzielności tych osób;
 - 6) zapewnienie edukacji zdrowotnej pacjentom centrum oraz ich opiekunom;
 - 7) zapewnienie wsparcia psychologicznego pacjentom centrum.
- II. Minimalny zakres świadczeń realizowanych przez dzienny ośrodek opieki geriatrycznej powinien obejmować:
- 1) dzienną opiekę pacjentów, u których zgodnie z indywidualnym planem postępowania terapeutycznego stwierdzono potrzebę objęcia taką opieką, w szczególności poprzez udzielanie świadczeń z zakresu geriatryki udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę, świadczeń z zakresu rehabilitacji udzielanych przez fizjoterapeutę, opiekę psychologiczną, porady dietetyka, terapię zajęciową, edukację zdrowotną,
 - 2) wsparcie i doradztwo dla opiekunów pacjentów, w zakresie organizacji opieki i leczenia tych osób,
 - 3) wyżywienie w dniu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz transport, z miejsca zamieszkania pacjenta do dziennego ośrodka opieki geriatrycznej i z powrotem,

- 4) wsparcie koordynatora opieki geriatrycznej, który:
 - a) udziela pacjentom, korzystającym ze świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia 75+, oraz ich opiekunom, informacji o organizacji procesu postępowania terapeutycznego,
 - b) zapewnia uczestniczenie w opracowywaniu indywidualnych planów postępowania terapeutycznego,
 - c) koordynuje wykonanie indywidualnych planów postępowania terapeutycznego,
 - d) zapewnia współpracę pomiędzy podmiotami i osobami uczestniczącymi w procesie postępowania terapeutycznego,
 - e) udziela osobom korzystającym ze świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia 75+ wsparcia na wszystkich etapach procesu postępowania terapeutycznego,
 - f) współpracuje z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej oraz centrami usług społecznych w zakresie dotyczącym potrzeb osoby uprawnionej, korzystającej ze świadczeń opieki zdrowotnej w Centrum Zdrowia 75+.
 - 5) wsparcie edukatora zdrowotnego, który będzie prowadził edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb pacjentów, oraz ich opiekunów, obejmującą:
 - a) rozpoznawanie potrzeb edukacyjnych i planowanie edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem stanu zdrowia i warunków środowiskowych, w których funkcjonuje pacjent, celem uzyskania przez nią kompetencji do podejmowania samoopieki,
 - b) podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności związanych z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia i rozumieniem zasad jego funkcjonowania oraz zwiększanie poziomu świadomości odnośnie czynników społecznych i środowiskowych wpływających na zdrowie,
 - c) ewaluację w zakresie uzyskania przez pacjenta samodzielności w zakresie kontroli stanu zdrowia, choroby oraz zapobiegania jej skutkom, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także zwiększenia aktywności fizycznej i uczestnictwa w życiu społecznym.
- III. Ośrodek powinien funkcjonować przez 5 dni w tygodniu. Przez co najmniej 5 godzin dziennie powinny być prowadzone zajęcia z pacjentami, a pozostały czas funkcjonowania ośrodka można przeznaczyć na czynności porządkowe, przygotowanie do zajęć i inne zadania związane z przygotowaniem do prowadzenia zajęć.