



Minister Zdrowia

SEKRETARIAT

Biura Prac Senackich

Wpłynęło dn. 23.06.15

podpis

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 26.06.15

nr 2604 podpis

Warszawa, 23.06.2015

ZP-Z.070.59.2015

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu RP

Nowomy Panię Marszałku

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Ryszarda Knosalę, Senatora RP, na 74. posiedzeniu Senatu RP w dniu 7 maja 2015 r., przesłanym przy piśmie Pani Marii Pańczyk-Pozdziej, Wicemarszałka Senatu RP, z dnia 14 maja 2015 r., znak: BPS/043-74-3201/14, w sprawie opieki geriatrycznej w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W pełni zgadzam się z oceną sytuacji opieki geriatrycznej w Polsce, przedstawioną przez Pana Senatora, a tym samym stwierdzam, że obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest przedmiotem naszego wspólnego zainteresowania. Podstawowym celem działań podejmowanych w zakresie zdrowia i samodzielności osób starszych powinno być tworzenie odpowiednich warunków do jak najdłuższego utrzymania dobrego stanu zdrowia, będącego warunkiem aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym i zawodowym.

Mając na względzie powyższe, Minister Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia stale podejmują działania mające na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podstawę działań stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), w szczególności możliwość kształtowania uregulowań określonych w rozporządzeniach „koszykowych”. Świadczenia opieki zdrowotnej zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane,



finansowane są ze środków publicznych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przysługują zatem wszystkim świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, kwalifikującym się do danego typu leczenia.

Stawki kapitacyjne w podstawowej opiece zdrowotnej są zróżnicowane ze względu na grupy wiekowe, z uwzględnieniem wskaźnika demograficznego. Dzieci i osoby starsze mają zwiększoną stawkę kapitacyjną o określone wskaźniki ze względu na większą zachorowalność w tym wieku, większe zapotrzebowanie na badania diagnostyczne oraz na częstsze wizyty u lekarza rodzinnego. Wskaźnik korygujący dla grupy wiekowej pacjentów w wieku powyżej 65 lat wynosi obecnie 2,0. Takie rozwiązanie służy poprawie jakości sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nad tą populacją pacjentów.

Ponadto, przy kreowaniu polityki zdrowotnej adresowanej do osób starszych dla Ministerstwa Zdrowia istotne znaczenie ma tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi geriatry. W kwestii dostępności do świadczeń zdrowotnych z wymienionego zakresu, uprzejmie informuję, iż z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że liczba pacjentów, którym udzielane są świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatry, systematycznie wzrasta z 14 806 pacjentów w 2012 r. do 16 144 pacjentów w 2014 r. (od stycznia do listopada). Podobnie sytuacja wygląda w zakresie leczenia szpitalnego, średnia liczba pacjentów, którym aktualnie udzielane są świadczenia w ciągu roku wynosi około 19 tysięcy pacjentów (wzrost z 18 204 pacjentów w 2012 r. do ponad 19 500 w 2014 r.). Odnośnie liczby świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie geriatry, uprzejmie informuję, iż w 2014 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia realizowane były przez 79 poradni (wzrost w 2014 r. liczby świadczeniodawców o 6 podmiotów leczniczych w porównaniu do 2013 r.), natomiast w rodzaju leczenia szpitalnego na 47 oddziałach szpitalnych (wzrost w 2014 r. liczby o 9 podmiotów leczniczych w porównaniu do 2013 r.).

Wartość zawartych w 2015 r. z NFZ umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatry wynosi 3 788 760 zł i jest wyższa od wartości kontraktów rozliczonych w 2014 r. o ponad 600 tys. zł. Analogicznie sytuacja wygląda w leczeniu szpitalnym: w 2015 roku nastąpił wzrost finansowania o ponad 10 mln zł w porównaniu do 2014 r. (z 67 mln zł w 2014 r. do 77,7 mln zł w 2015 r.). Łączna liczba osób oczekujących do poradni geriatrycznych w listopadzie 2014 r. wynosiła 602 osoby, a średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie specjalistyczne

to około 22 dni. Na świadczenie w ramach leczenia szpitalnego na oddziale geriatrycznym w listopadzie 2014 r. oczekiwało łącznie ponad 1200 pacjentów (172 w kategorii medycznej przypadek pilny i 1048 przypadek stabilny), a średni rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie na oddział szpitalny wynosił w przypadku pilnym 5 dni i 30 dni w przypadku pacjentów w stanie stabilnym.

Jednocześnie należy podkreślić, że w katalogu grup w rodzaju leczenie szpitalne nie ma grup dedykowanych do realizacji wyłącznie dla zakresu geriatryka. Leczenie pacjentów w wieku podeszłym odbywa się również w innych niż geriatryka zakresach świadczeń. Grupy możliwe do realizacji w ww. zakresie pokrywają się generalnie z grupami dla zakresu choroby wewnętrzne.

W zakresie świadczeń gwarantowany w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, uprzejmie wyjaśniam, iż pacjenci w wieku powyżej 65 r.ż. stanowią około 83% ogólnej liczby świadczeniobiorców korzystających z tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. W 2014 r. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zrealizowane zostały dla ponad 105 tys. pacjentów, w tym 87 865 osób starszych. Ponadto uprzejmie informuję, iż w 2014 r. nastąpił wzrost finansowania tego rodzaju świadczeń o ponad 21 mln zł, w porównaniu z 2013 r. (z 1 064 236 883 zł w 2013 r. do 1 086 069 179 zł w 2014 r.). Zwiększyła się również liczba podmiotów, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na realizację świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej, z 1908 świadczeniodawców w 2013 r. do 1932 w 2014 r.

Kolejnym rodzajem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skierowanych w znacznym stopniu do osób starszych, są świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. W 2014 r. pacjenci w wieku powyżej 65 r.ż. stanowili ponad 30% (ponad 1,6 mln osób) ogólnej liczby pacjentów, którym udzielone zostały tego rodzaju świadczenia. W niektórych zakresach rehabilitacji leczniczej, takich jak np.: fizjoterapia domowa (65% pacjentów powyżej 65 r.ż.), rehabilitacja neurologiczna (50% pacjentów powyżej 65 r.ż.), czy rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych (48% pacjentów powyżej 65 r.ż.) osoby starsze stanowią blisko połowę wszystkich świadczeniobiorców. W 2014 r. wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej wyniosła 2 086 807 114 zł (wzrost finansowania w porównaniu do 2013 r. o ponad 39,5 mln).

Zauważenia wymaga także, że dzięki przyjęciu projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym i Narodowego Programu Zdrowia będzie możliwe wzmocnienie działań polegających na zapobieganiu chorob i problemów zdrowotnych w różnych grupach wiekowych, a także umożliwienie jak najdłuższego pozostawania w zdrowiu, które jest warunkiem pełnego uczestnictwa w pracy, życiu społecznym i rodzinnym.

Ponadto, z dniem 1 stycznia 2015 r. zgodnie z § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.) zobowiązano świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

Intencją wprowadzonych przepisów było prawidłowe zapewnienie opieki pacjentowi geriatrycznemu. Założono, iż przedmiotowa procedura będzie przeprowadzona w szpitalu niezależnie od faktu posiadania w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego oddziału szpitalnego o profilu geriatra. Przy czym procedura oceny geriatrycznej w danym podmiocie leczniczym powinna uwzględniać specyfikę udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, iż wprowadzono okres dostosowawczy do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, do dnia 30 czerwca 2016 r.

W związku z rosnącymi potrzebami i wyzwaniem związanymi z opieką nad osobami starszymi oraz brakiem instytutu badawczego działającego w systemie ochrony zdrowia prowadzącego kompleksowe badania i terapię w dziedzinie geriatry, uprzejmie informuję, iż planowane jest utworzenie Narodowego Instytutu Geriatrii, poprzez reorganizację Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie. Stworzenie ww. jednostki naukowej pozwoli na opracowanie lub dostosowanie do warunków krajowych kompleksowych procedur, wytycznych i standardów związanych z opieką medyczną nad osobami starszymi. Do podstawowej działalności Instytutu należeć będzie prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych w dziedzinie reumatologii, rehabilitacji medycznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz geriatrii, gerontologii i dyscyplin pokrewnych, przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki, a także ich upowszechnianie. Ponadto do podstawowego zakresu działalności Instytutu należeć będzie także prowadzenie studiów podyplomowych i doktoranckich, kształcenie kadry medycznej oraz nadawanie stopni i tytułów naukowych.

Ponadto szczególnie ważnym przykładem prowadzonych działań na rzecz osób starszych, jest opracowany dokument pn.: „Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”, przyjęty Uchwałą Nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (M.P. z 2014 r., poz. 118).

W pracach nad ww. dokumentem uczestniczyła Rada ds. Polityki Senioralnej, powołana w lutym 2013 r., jako organ pomocniczy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Do udziału w jej pracach zaproszono przedstawicieli urzędów centralnych, a także samorządów, organizacji pozarządowych oraz ekspertów. Zgodnie z założeniami ww. dokumentu, celem polityki senioralnej w Polsce będzie wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych.

Główne zidentyfikowane wyzwania dla polityki senioralnej, wokół których wypracowano kierunki interwencji, to m.in. wydłużenie okresu aktywności zawodowej, wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej, zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi).

Polityka senioralna skupia się na takich obszarach jak zdrowie i samodzielność, gdzie wskazano m.in. konieczność rozwoju opieki geriatrycznej i usług opiekuńczych oraz kładzie się nacisk na profilaktykę i odpowiednie przygotowanie się do starości, a także zachęcanie do aktywności fizycznej. Kolejnym istotnym obszarem jest aktywność zawodowa. W dokumencie podkreśla się, że głównym celem polityki senioralnej w tym obszarze jest zaplanowanie działań, które umożliwią jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy i tym samym pozwolą na zwiększenie i przedłużenie aktywności zawodowej osób 50+ oraz 60+. Kolejne obszary polityki to: aktywność społeczna i edukacyjna osób starszych; tu wskazuje się m.in. na edukację prozdrowotną, obywatelską, upowszechnianie wolontariatu, aktywności kulturalnej. W założeniach mowa jest również o tzw. silver economy, czyli srebrnej gospodarce - systemie ekonomicznym ukierunkowanym na wykorzystanie potencjału osób starszych i uwzględniającym ich potrzeby. Autorzy założeń wskazali także na relacje międzypokoleniowe i konieczność budowania pozytywnego wizerunku osób starszych zakładającego spojrzenia na starość jako na naturalny etap życia człowieka

i przedstawianie osób starszych jako grupy zróżnicowanej i wnoszącej istotny wkład w życie społeczne.

Jednocześnie pragnę zaznaczyć, iż kwestie związane z koniecznością podjęcia działań na rzecz osób starszych w obszarze zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych zostały ujęte w rozdziale 2 pn.: „Zdrowie i samodzielność”, w szczególności w podrozdziale 2.1.1 Priorytet 1. pn.: „Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych” oraz w podrozdziale 2.1.3 Priorytet 3. pn.: „Rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych”.

Wobec powyższego oraz z uwagi na fakt, iż wskazane w omawianym dokumencie kierunki interwencji zostały zaproponowane przez Ministerstwo Zdrowia, zalecenia sformułowane przez Najwyższą Izbę Kontroli są i będą realizowane w najbliższych latach.

Zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Powyższe zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 107 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach).

W związku z powyższym, zabezpieczenie w sposób właściwy dostępu do świadczeń z zakresu geriatry, wymaga przede wszystkim zwiększenia liczby oddziałów geriatrycznych w poszczególnych województwach oraz liczby specjalistów w tej dziedzinie medycyny. Działania NFZ w przedmiotowym zakresie muszą także uwzględniać normę prawną wskazaną w art. 95a ustawy o świadczeniach, wprowadzającą regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Sporządzone mapy, uwzględniające specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych, pozwolą na zidentyfikowanie obszarów szczególnego deficytu opieki geriatrycznej, w których wskazane będą skoordynowane działania wojewodów - w zakresie tworzenia nowych oddziałów geriatrycznych oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ – w zakresie przeprowadzania postępowań o udzielanie świadczeń w przedmiotowym zakresie. Do czasu wejścia w życie

regionalnych map potrzeb zdrowotnych, zarówno ocena jak i zabezpieczenie przedmiotowych świadczeń, należy do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego, który obowiązany jest do współpracy w tej kwestii z organami jednostek samorządu terytorialnego.

Zauważenia wymaga, iż w Narodowym Funduszu Zdrowia trwają prace analityczne dotyczące kosztów świadczeń, czasu hospitalizacji, wieku pacjenta, chorób współistniejących, powikłań, w wyniku których w przyszłości mogą zostać określone, w ramach systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), grupy dedykowane dla geriatry. Prowadzone są między innymi prace w zakresie badania zależności pomiędzy wiekiem pacjenta a długością trwania hospitalizacji rozliczanych według JGP. Jak wynika z analiz przygotowanych przez Wydział Strategii, Analiz i Rozwoju Systemu JGP Centrali NFZ, w wielu systemach typu DRG (Diagnosis Related Groups) stosuje się wyodrębnienia w ramach tej samej grupy schorzeń, grup z różną wyceną ze względu na przedział wiekowy, czy też choroby współistniejące, z uwagi na większe zasoby ponoszone przez szpitale w związku z leczeniem takich przypadków. Mając na uwadze fakt, iż w obecnej chwili płatnik nie posiada obiektywnych danych kosztowych dla każdej jednorodnej grupy pacjentów (JGP), można przyjąć, że czas trwania hospitalizacji jest czynnikiem, który w znaczny sposób może wpływać na wysokość kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w przypadku leczenia pacjentów z daną jednostką chorobową.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż z dniem 1 stycznia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138), powołująca Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, do zadań której należy oprócz dokonywania oceny świadczeń opieki zdrowotnej, również ustalanie taryf tych świadczeń. Przeprowadzana będzie, zgodnie z planem taryfikacji, sukcesywna ocena wyceny poszczególnych zakresów świadczeń gwarantowanych, w tym geriatry i wprowadzane będą rekomendowane przez Agencję zmiany.

W zakresie dotyczącym rozważenia potrzeby wydania rozporządzenia określającego standardy postępowania w opiece geriatrycznej uprzejmie wyjaśniam, że dokument pn. „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, opracowany przez Zespół do spraw gerontologii, został zamieszczony w 2013 r. na łamach kwartalnika pt. „Gerontologia Polska” (tom 21, nr 2, 33–47). Wymieniony dokument stanowi

fakultatywne źródło wiedzy dla środowiska medycznego uczestniczącego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych osobom starszym.

Poza tym zauważyć należy, iż standardy medyczne, jako zbiory rekomendacji (zaleceń), odnoszących się do diagnostyki i sposobu leczenia, co do zasady nie powinny mieć charakteru normatywnego, a co za tym idzie nie powinny stanowić bezwzględnie obowiązującego prawa. Niemniej jednak stanowią dla Ministerstwa Zdrowia bardzo ważny element, który będzie wykorzystywany przy kształtowaniu senioralnej polityki zdrowotnej, w szczególności w zakresie obejmującym warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Przekazując powyższe, wyrażam nadzieję i przekonanie, że wymienione działania przyczynią się w znaczący sposób do wypracowania efektywnych rozwiązań w zakresie poprawy dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom starszym w Polsce. Przy czym szczególnego podkreślenia wymaga, że w Ministerstwie Zdrowia rozpoczęły się intensywne prace mające na celu opracowanie szczegółowego sposobu wdrażania zadań określonych w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, w części dotyczącej zdrowia.

Z upoważnienia

Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Pełnomocnik Rządu do spraw projektu
ustawy o zdrowiu publicznym

Beata Matecka-Libera