GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 23.08.12.
nr 3957 podpis

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012 -08- 01

MZ-UZ-AK-71-28239-4/MM/12

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 24.08.2012
nr 7211 podpis

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

W związku z oświadczeniem Pana Stanisława Koguta, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożonym podczas 15. posiedzenia Senatu RP w dniu 6 lipca 2012 r., przesłanym przy piśmie Pani Marii Pańczyk-Pozdziej, Wicemarszałek Senatu, z dnia 12 lipca 2012 r. (znak BPS-043-15-571/12) uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego wyjaśnienia.

Odnosząc się do przytoczonych przez Pana Senatora informacji dotyczących opieki geriatrycznej, zawartych w *Informacji o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich w roku 2011 wraz z uwagami o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela,* warto wskazać, iż dane te pochodzą z raportu Zespołu do spraw gerontologii. Zespół ten, w skład którego wchodzą najlepsi krajowi specjaliści z tej dziedziny, został powołany przez Ministra Zdrowia w celu przygotowania rozwiązań w zakresie nowoczesnych form ochrony zdrowia dla osób starszych oraz opracowania standardów kompleksowej opieki geriatrycznej. Uwzględniając potrzeby społeczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku planuje się zmiany legislacyjne umożliwiające:

- stworzenie kompleksowego systemu opieki geriatrycznej obejmującego opiekę ambulatoryjną, szpitalną, dzienną opiekę, opiekę domową oraz geriatryczny zespół konsultacyjny dla lecznictwa zamkniętego i opieki długoterminowej;
- wdrożenie standardów i procedur medycznych dla osób starszych;
- zwiększenie liczby zakładów opieki długoterminowej w celu skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie.

Wśród rekomendowanych przez Zespół zmian znajdują się także: stworzenie sieci klinik, oddziałów, poradni geriatrycznych oraz nadanie szczególnej rangi geriatrii w przejściowym okresie 10 lat, poprzez aktywną politykę resortu zdrowia na rzecz rozwoju geriatrii oraz preferencyjne kontrakty Narodowego Funduszu Zdrowia z placówkami geriatrycznymi, akredytowanymi w oparciu o standardy geriatryczne.

W odniesieniu do informacji dotyczącej braku specjalistów z zakresu geriatrii, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia stymuluje wzrost liczby specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, w tym także w dziedzinie geriatrii. Główne działania podejmowane za pośrednictwem Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich, a także Samorządu Lekarskiego, mają na celu zwiększenie liczby jednostek szkoleniowych oraz ułatwienie i skrócenie procesu uzyskiwania przez lekarzy tytułu specjalisty. Warto wskazać na systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji (w dziedzinie geriatrii 23 jednostki są uprawnione do prowadzenia specjalizacji, posiadające łącznie 114 miejsc szkoleniowych – w porównaniu z rokiem 2008 oznacza to wzrost o 3 jednostki i 31 miejsc szkoleniowych).

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej, opracowanymi na podstawie Centralnego Rejestru Lekarzy RP, liczba lekarzy geriatrów aktywnych zawodowo ulega systematycznemu zwiększeniu i obecnie wynosi 269 (stan na dzień 30 czerwca 2012 r.). Z danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wynika, że w dziedzinie geriatrii specjalizuje się obecnie 68 lekarzy, w tym 4 w trybie rezydenckim (stan na dzień 31 grudnia 2011 r.).

W celu poprawy sytuacji planuje się także wprowadzenie zmian w przepisach dotyczących specjalizacji. Przygotowywany obecnie projekt nowego rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów przewiduje, że specjalizację w dziedzinie geriatrii będą mogli rozpocząć lekarze bezpośrednio po ukończeniu stażu podyplomowego, a po likwidacji stażu podyplomowego bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu. Obecnie warunkiem rozpoczęcia specjalizacji w dziedzinie geriatrii jest posiadanie tytułu specjalisty lub II stopnia specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej lub neurologii. Po wprowadzeniu projektowanych zmian możliwość uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie geriatrii skróci się o 2-3 lata.

Należy zaznaczyć, że kwalifikacje do leczenia osób starszych posiadają obecnie lekarze różnych specjalności, w tym m. in. lekarze chorób wewnętrznych oraz lekarze medycyny rodzinnej, którzy koordynują przebieg leczenia i w miarę potrzeby kierują pacjenta do odpowiednich lekarzy specjalistów lub do szpitala. Ponadto od stycznia 2012 r. realizowany jest przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, projekt systemowy finansowany ze środków Unii Europejskiej *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*. Głównym celem projektu jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. Zakłada się, iż do końca realizacji projektu, tj. do czerwca 2015 roku, 2 tys. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 1 tys. fizjoterapeutów, 2 tys. pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, 200 opiekunów medycznych oraz 200 terapeutów środowiskowych podniesie swoje kompetencje w obszarze opieki geriatrycznej. Dodatkowo opracowanych zostanie 5 programów kształcenia kadr medycznych w ww. zakresie oraz publikacja (wydrukowana w 3 tys. egzemplarzy) na temat założeń kompleksowej opieki nad osobami starszymi (na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej). Planuje się również zorganizowanie 16 konferencji informacyjno - promocyjnych skierowanych do kadr medycznych.

Warto także zaznaczyć, iż w ramach projektu systemowego, finansowanego ze środków Unii Europejskiej, *Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych* opracowano osiem kompleksowych programów profilaktycznych. Programy te, mimo że są skierowane głównie do osób pracujących, także mają pozytywny wpływ na zdrowie osób starszych odchodzących z rynku pracy.

W odniesieniu do działań podejmowanych przez Unię Europejską należy zwrócić uwagę, iż problematyka starzenia się społeczeństwa i opieki geriatrycznej jest uwzględniona w ramach nowej perspektywy finansowej Unii Europejskiej na lata 2014 – 2020. Aktywne i zdrowe starzenie zostało uznane za jeden z tzw. priorytetów inwestycyjnych. W związku z powyższym przewiduje się zwiększenie wsparcia skierowanego do osób starszych m. in. poprzez opracowanie i wdrożenie programów profilaktycznych. Szczegółowe formy wsparcia zostaną wypracowane do roku 2014 w ramach negocjacji z Komisją Europejską.

Należy także zwrócić uwagę, iż ze środków Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, przekazano 70 mln euro na wsparcie obszaru

programowego *Inicjatywy na rzecz ochrony zdrowia.* W ramach programu *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu* przewiduje się min. opracowanie strategii międzysektorowej i narzędzi ograniczania nierówności w zdrowiu oraz przeprowadzenie projektów pilotażowych dotyczących szeroko zakrojonych działań w zakresie zdrowia publicznego w społecznościach lokalnych w wybranych powiatach. Drugi z programów finansowanych z ww. środków - *Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno - epidemiologicznych* przewiduje, że potrzeby osób starszych oraz przewlekle chorych, niesamodzielnych, będą należały do głównych obszarów wsparcia.

Warto podkreślić, iż sukcesywnie rosną także środki finansowe przeznaczane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na finansowanie świadczeń w zakresie geriatrii w rodzajach świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki geriatrycznej oraz leczenia szpitalnego. Łączna wartość umów na te świadczenia wyniosła w roku 2012 roku 51 587 424 zł, co oznacza aż 60% wzrost w stosunku do roku 2008. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela:

Rodzaj świadczeń	2008	2009	2010	2011	2012 (planowane)
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1 511 997	1 756 799	1 678 367	2 115 035	2 879 534
Leczenie szpitalne	30 027 743	43 584 213	42 794 654	43 518 645	48 707 890
Ogółem	**31 539 740**	**45 341 012**	**44 473 021**	**45 633 680**	**51 587 424**

Należy także wziąć pod uwagę, iż leczenie pacjentów w wieku podeszłym odbywa się również w innych niż geriatria zakresach świadczeń. Warto również zaznaczyć, że dostrzegając konieczność zapewnienia kompleksowej opieki geriatrycznej Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził w katalogu świadczeń leczenia szpitalnego produkt rozliczeniowy pod nazwą „Całościowa ocena geriatryczna".

Odnosząc się do problemów z identyfikacją osób ubezpieczonych uprzejmie informuję, że w dniu 27 lipca 2012 roku Sejm przyjął ustawę zmieniającą ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *(Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)*, mającą na celu uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa, jako podstawowy sposób potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przewiduje elektroniczne potwierdzanie przez świadczeniodawcę uprawnień świadczeniobiorcy na podstawie numeru PESEL, co zwolni pacjenta z obowiązku okazywania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne.

W przypadku gdy elektroniczne potwierdzenie będzie niemożliwe lub nie uzyska się potwierdzenia (wynik negatywny), wówczas osoba uprawniona może przedstawić jeden z dotychczasowych dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, a w razie braku dokumentu – złożyć oświadczenie (za małoletnich oraz osoby nieposiadające pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy bądź opiekun faktyczny lub prawny). Każdy z wymienionych powyżej sposobów potwierdzenia prawa do świadczeń (elektroniczne potwierdzenie, dotychczasowy dokument czy oświadczenie) powoduje, iż świadczeniobiorca otrzyma świadczenie, a świadczeniodawca gwarancję uzyskania zapłaty za udzielone świadczenie. W stanach nagłych oraz w przypadku gdy świadczeniobiorca ze względu na stan zdrowia nie będzie w stanie złożyć oświadczenia, tak jak dotychczas zachowano możliwość późniejszego przedstawienia dokumentu. Nowelizacja wprowadzająca nowe rozwiązania ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

Odpowiadając na pytanie odnośnie wprowadzenia elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego uprzejmie wyjaśniam, że w dniu 21 marca 2012 r. podczas posiedzenia Komitetu Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji podjęto decyzję o realizacji Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ) w formie osobnej, dodatkowej karty wydawanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dotychczas prace nad kartą prowadzone były w ramach realizacji projektu połączenia Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz nowego dowodu osobistego pl.ID. Za podjęciem decyzji o wydaniu odrębnej karty przemawia jednak znacznie niższy koszt oraz możliwość szybszego wydania karty, niż przewiduje projekt pl. ID. Przyjęto, iż w ciągu 3 lat zakończy się proces wdrażania odrębnej KUZ. Niezależnie od tego nowy dowód osobisty będzie zawierał przestrzeń pozwalającą na umieszczenie w przyszłości komponentu obsługującego funkcjonalność Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc