

**GERIATRIA,
OPIEKA DŁUGOTERMINOWA,
OPIEKA PALIATYWNA**

GERIATRIA, OPIEKA DŁUGOTERMINOWA, OPIEKA PALIATYWNA



**STRATEGIE
2050**

Autorzy:

Mgr piel. Piotr Bany-Moskal

Prof. dr hab. Michał Chmielewski

Prof. dr hab. Urszula Demkow

Dr n. med. Przemysław Duda

Stud. med. Grzegorz Kardas

Dr n. med. Małgorzata Leźnicka

Dr n. farm Piotr Merks

Dr hab. Cezary Pakulski

Dr hab. Marian Simka

Dr hab. Dawid Sześciło

Prof. dr hab. Piotr Wiland

INSTYTUT STRATEGIE 2050

Spis treści

GŁÓWNE TEZY	4
1. GERIATRIA	7
1. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	16
2. OPIEKA HOSPICYJNO-PALIATYWNA	21
BIBLIOGRAFIA	24

Geriatrya, opieka długoterminowa, opieka paliatywna

GŁÓWNE TEZY

Stopniowe wydłużanie przewidywanego trwania życia, niskie współczynniki dzietności oraz migracje zagraniczne sprawiają, że starzenie populacji polskiej postępuje w sposób bardzo dynamiczny. Wykazywana w bieżących bilansach ludności liczba osób w wieku 80 lat i więcej – ponad 1,5 mln w 2020 r. – wzrośnie w 2050 r. do poziomu ponad 3,5 mln. W świetle tych danych oczywiste jest, że rozwój geriatry jest pożądany zarówno ze względów społecznych, jak i etycznych. Jest także korzystny ekonomicznie, jako że specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi przynosi wydłużenie okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawę sprawności, odciążając system opieki zdrowotnej, zapewniając racjonalizację wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej i na farmakoterapię. Tymczasem dostęp seniorów do świadczeń w zakresie geriatry jest w Polsce marginalny. W 2016 r. na jednego lekarza geriatrę przypadało 55 tys. osób w wieku 60+. Obecnie w Polsce czynnie wykonuje zawód mniej niż 500 geriatrów. Dodatkowo, być może nawet ważniejszym problemem niż niedobór geriatrów, jest w Polsce niedobór pielęgniarek i opiekunów medycznych.

W Polsce w placówkach opieki długoterminowej przebywa około 0,7% osób starszych, podczas gdy na przykład w Szwecji wskaźnik ten wynosi 7,2%. Wydatki na opiekę długoterminową w Polsce należą do najniższych w Unii Europejskiej. Narasta także problem otępienia starczego, nieznaną jest także liczba osób z otępieniem będącym wynikiem powikłań po COVID-19. Te wszystkie czynniki sprawiają, że znacząco wzrośnie zapotrzebowanie na świadczenia opieki długoterminowej w Polsce. Ponadto nierozwiązanym do tej pory problemem jest przedłużona hospitalizacja chorych, u których uzyskano stabilizację stanu zdrowia, ale nie można ich wypisać do domu ze względu na warunki mieszkaniowe i samotność lub brak opieki czy zainteresowania ze strony rodziny.

Rekomendujemy:

1. Umożliwienie lekarzom specjalistom w dziedzinach pokrewnych geriatry występowanie do Ministra Zdrowia o wydanie decyzji o uznaniu dorobku zawodowego lekarza za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwego

szkolenia specjalizacyjnego, pod warunkiem przystąpienia do – trwającego jeden rok – skróconego szkolenia specjalizacyjnego.

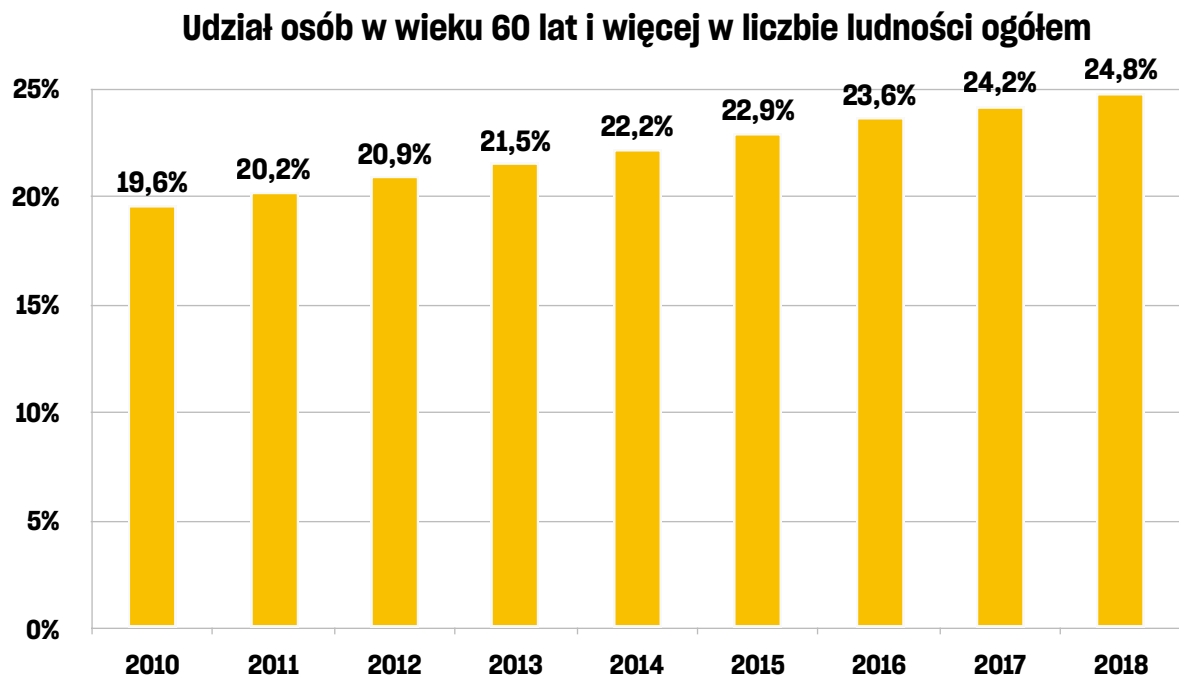
2. Zwiększenie zarobków specjalistów geriatrów i osób w trakcie specjalizacji o co najmniej 20%
3. Stworzenie systemu zachęt (głównie finansowych), które skutkować będą zwiększeniem liczby absolwentów na kierunkach pielęgniarskich, a także sprawią, że wykształcone w kraju pielęgniarki nie będą emigrować. W kwestii pielęgniarstwa geriatrycznego proponujemy wprowadzenie dodatków specjalizacyjnych.
4. Wspieranie kształcenia opiekunów medycznych, z zachowaniem odrębności zawodowej i niekonfliktowaniu kompetencji z pielęgniarstwem, a także uatrakcyjnienie tego zawodu poprzez m.in. zwiększenie płac.
5. Stworzenie Poradni Wiek Dojrzałego (w ramach systemu KomPOZ i Lokalnych Domów Zdrowia).
6. Rozwijanie telemedycznej opieki domowej z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych w środowisku domowym seniorów.
7. Tworzenie dziennych szpitali geriatrycznych, jako tańszego wsparcia/alternatywy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i oddziałów rehabilitacji.
8. Przenoszenie osób przewlekle chorych do ośrodków opieki długoterminowej, dzięki czemu zwiększy się dostęp do leczenia chorych w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
9. Poprawę koordynacji działań między sektorem zdrowotnym i opieki społecznej, poprzez połączenie ministerstw zdrowia i opieki społecznej lub znaczące usprawnienie współpracy między nimi np. poprzez utworzenie odpowiednich i współpracujących departamentów.
10. Ulepszenie współpracy pomiędzy lekarzami POZ a jednostkami samorządu terytorialnego odpowiedzialnymi za opiekę i pomoc społeczną – sprzyjać temu będzie z pewnością utworzenie Lokalnych Domów Zdrowia.
11. Wspieranie programu opieki w miejscu zamieszkania. Ważną i wartą wspierania przez samorządy inicjatywą w tym zakresie jest np. mieszkalnictwo wspomagane (uwzględniające różnicowanie niepełnosprawności).
12. Zwiększenie finansowania opieki długoterminowej poprzez wprowadzenie stałego źródła finansowania (wyasygnowanie specjalnej puli środków w budżecie płatnika na ten cel oraz wprowadzenie dodatkowego

ubezpieczenia pielęgnacyjnego, które dawać będą obywatelom dodatkową ochronę ubezpieczeniową w zakresie opieki pielęgnacyjnej).

13. Wprowadzenie obowiązku uzyskania zgody władz wojewódzkich na działalność przez placówki niepubliczne prowadzące opiekę długoterminową z jednoczesnym zapewnieniem ustalonych standardów opieki.
14. Poszerzenie listy chorób kwalifikujących się do opieki paliatywno-hospicyjnej, gdyż obecnie blisko 90% pacjentów objętych tą opieką to pacjenci onkologiczni
15. Zniesienie limitowania świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej oraz ujednoczenie dostępu do takiej opieki bez względu na miejsce zamieszkania.

1. Geriatria

Stopniowe wydłużanie przewidywanego trwania życia, niskie współczynniki dzietności (dla Polski 1,42¹) oraz emigracje zagraniczne (dotyczące głównie osób młodych) sprawiają, że starzenie populacji polskiej postępuje w sposób bardzo dynamiczny:



Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018², GUS, s. 18

Wykazywana w bieżących bilansach ludności liczba osób w wieku 80 lat i więcej – blisko 1,5 mln w 2013 r. – wzrośnie w 2050 r. ponad dwukrotnie do poziomu ponad 3,5 mln.³ Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, czyli liczba osób starszych (65 lat i więcej) przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym (15-64) w 2013 r. wynosił 22. Prognozy wskazują jednak, że w 2050 r. współczynnik ten może ulec potrojeniu do wartości ok. 66.⁴

¹ Sytuacja demograficzna Polski do 2020 roku. Urodzenia i dzietność, 2021. Dostęp: <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C807513%2Csytuacja-demograficzna-polski-do-2020-roku-urodzenia-i-dzietnosc.html>

² Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 roku, GUS. Dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2018-roku,2,1.html>

³ Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, GUS, 2014, s.37

⁴ Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro; pod red. Prof. Piotra Błędowskiego; raport Koalicji 'Na pomoc niesamodzielnym'; Warszawa 2020

W świetle tych danych, eksperci Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, w opracowanych w 2013 roku Standardach Postępowania w Opiece Geriatrycznej twierdzą, że rozwój geriatry jest pożądany zarówno ze względów społecznych, jak i etycznych.⁵ Jest także korzystny ekonomicznie, jako że **specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi przynosi wydłużenie okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawę sprawności, odciążając system opieki zdrowotnej, zapewniając racjonalizację wydatków na świadczenia i na farmakoterapię.**⁶

W analizie NIK z 2015 roku pacjent leczony w oddziale geriatrycznym, w porównaniu do pacjenta leczonego w oddziale internistycznym, kosztował system opieki zdrowotnej blisko 20-30% mniej. Dodatkowo koszty przyjmowanych przez niego w skali roku leków były niższe o 10%.⁷

Tymczasem dostęp seniorów do opieki geriatrycznej jest w Polsce marginalny i zróżnicowany terytorialnie. Na koniec 2016 r. funkcjonowały jedynie 134 poradnie geriatryczne, w których udzielono łącznie 99,6 tys. porad lekarskich. W 2016 r. na **jednego lekarza geriatrę w Polsce przypadało 55 tys. osób w wieku 60+** ⁸. Dane z 2018 są jeszcze gorsze: udzielono 73,7 tys. porad geriatrycznych na 116,3 mln porad specjalistycznych – co stanowiło jedynie **0,06% ogółu porad w grupie AOS!**⁹ Według danych, przedstawionych przez wiceministra zdrowia Waldemara Krasnę na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia 25 lutego 2021 r., w Polsce funkcjonuje 58 oddziałów geriatrycznych, w których jest 1208 łóżek. Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie geriatry wynosi 504, w tym 491 wykonujących zawód lekarza. Należy jednak podkreślić, iż jedynie około połowa wykonuje zawód lekarza w specjalności geriatra.

Geriatra w Polsce od 2003 roku jest specjalizacją priorytetową, jednak liczba lekarzy w trakcie specjalizacji wynosi jedynie 127 (zdecydowana większość realizuje ją w trybie pozarezydenckim, gdyż dla większości jest to kolejna specjalizacja). Obecnie przybywa w Polsce od 20 do 30 geriatrów rocznie, potrzebujemy więc około 20 lat, żeby osiągnąć „nasylenie” rynku usług medycznych specjalistami w dziedzinie geriatry na przeciętnym poziomie innych państw UE. Przy czym należy pamiętać,

⁵ Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, 2013

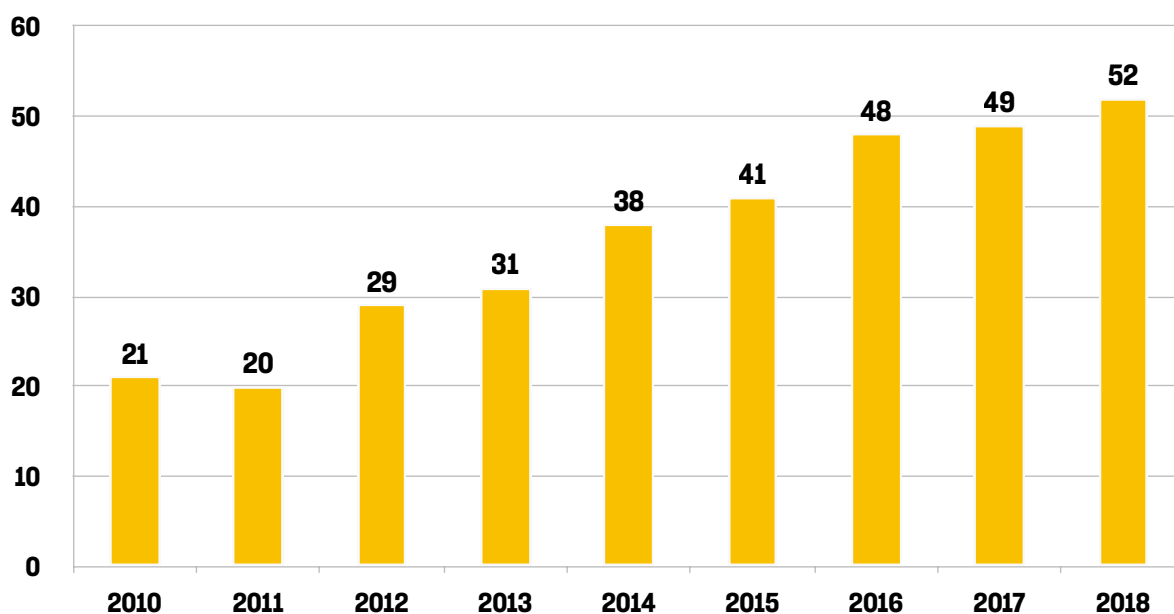
⁶ Tamże

⁷ Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, raport NIK 2015 r.

⁸ Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje; Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, 2020

⁹ Tamże.

Oddziały geriatryczne



że geriatryka w UE też się rozwija i że „przeciętny poziom innych państw europejskich” za 20 lat będzie znajdować się zupełnie gdzie indziej niż obecnie.

Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018, GUS.

Ponadto, pomimo przedstawionej na powyższej rycinie wzrostowej tendencji liczby oddziałów geriatrycznych, należy podkreślić, że część oddziałów została w ostatnich trzech latach zamknięta. Wprowadzona w 2017 r. tzw. sieć szpitali sprawiła, że oddziały geriatryczne zaczęły zniknąć. Zostały ograniczone do podmiotów szpitalnych III stopnia referencyjności, są zamykane w I i II stopniu.¹⁰ Doprowadza to do sytuacji, w której pacjenci z poziomu powiatu mają do nich utrudniony dostęp.

W katalogu świadczeń jednorodnych grup pacjentów (JGP) zespoły geriatryczne praktycznie nie są obecne, a te nieliczne są niewystarczająco wycenione. Leczenie pacjentów w wieku senioralnym z definicji przynosi szpitalom straty. Wynika to, w znacznej mierze, ze sposobu finansowania świadczeń przez NFZ (za jedną jednostkę chorobową). Przy wielu schorzeniach (reguła u seniorów) prowadzi to do niedoszacowania wyceny hospitalizacji i / lub sprzyja ponawianiu pobytów w szpitalach. Ponadto podkreślić należy, że w obecnym systemie JGP u pacjenta z wielochorobowością rozlicza się to, co się najbardziej „opłaca”, co prowadzi do poważnych zniekształceń statystyk epidemiologicznych. Co więcej, system JGP widzi przede wszystkim procedurę naprawczą i wypis. Proces zdrowienia pacjenta geriatrycznego ma odbywać się po kilku dniach hospitalizacji już w domu bądź w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w którym zazwyczaj brakuje miejsc. Tyle że pacjent w wieku 75+, z pogorszeniem sprawności funkcjonalnej w wyniku choroby

¹⁰ Opieka geriatryczna znika z publicznego systemu ochrony zdrowia w Polsce, Rynek Zdrowia. Dostęp: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Opieka-geriatryczna-znika-z-publicznego-systemu-ochrony-zdrowia-w-Polsce,197096,14.html>

i hospitalizacji, po powrocie do domu, bez rehabilitacji nie ma szans na powrót do poprzedniego stanu zdrowia.

Przykładem niewystarczającego wykorzystania geriatrycznych procedur z katalogu JGP jest **całościowa ocena geriatryczna (COG)**. W jej skład wchodzi, m.in. ocena: psychologiczna, rehabilitacyjna, ocena stopnia niedożywienia, a także ocena błędów wynikających z wielolekowości, planowanie opieki oraz leczenia po wypisie. Ważną częścią tej procedury jest też zaplanowanie ścieżek terapii środowiskowej z udziałem form dziennych, aktywizacji poszpitalnej oraz edukacji rodzin pacjentów geriatrycznych. Takie podejście okazuje się bardzo opłacalne i efektywne - osiągnęto lepsze wyniki leczenia przy krótszych hospitalizacjach, mniej jest zakażeń wewnątrzszpitalnych, lepsze są rokowania po wypisie. Skracają się też czasy pobytu w szpitalu, realizowane jest wcześniejsze uruchomienie, niskie są wskaźniki powikłań, maleje liczba zgonów powiązanych z zabiegiem lub powikłaniami¹¹. Jednakże procedura COG jest opłacana przez Fundusz bardzo słabo, bo w kwocie 150 zł, nie znajduje się też w katalogu świadczeń AOS ani POZ.

Stan geriatryki i generalnie opieki senioralnej miała poprawić koncepcja Centrów Zdrowia 75+. Zakładała ona powstanie sieci oddziałów geriatrycznych (jeden oddział na 300-350 tys. mieszkańców) oraz centrów zdrowia 75+ (jedno na powiat, około 100 tys. mieszkańców), w których koordynowana będzie opieka nad seniorami na szczeblu powiatowym. Jednakże projekt ustawy o centrach zdrowia 75+ nie jest procedowany. Dodatkowo środowiska zajmujące się opieką senioralną (np. koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”) przyjęła dość sceptycznie całą koncepcję¹². Obawy budzi przede wszystkim brak konsultacji przedstawianych zmian i zabezpieczenia kadrowego dla zaproponowanych centrów. Zawieszenie prac nad ustawą o centrach zdrowia sprawiło, że szersza dyskusja nad zawartymi w niej propozycjami nie była w pełni możliwa. Wg prof. Tomasza Targowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatryki, do realizacji powyższej koncepcji brakuje nam około 70-80 oddziałów geriatrycznych (niemal dwa razy tyle, co istnieje obecnie). Koszt projektu ocenia się na 1,2-1,3 mld zł. Zdaniem prof. Targowskiego, nawet jeśli odpowiednia ustawa zostanie opracowana, z powyższych powodów w praktyce może nie być realizowana¹³.

¹¹ Fedyk Łukasz M: Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. Geriatria i opieka długoterminowa numer 1/2015 (I), Stuck AE i wsp: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet; 1993 Oct 23;342(8878):1032-1036

¹² Co dalej z centrami zdrowia, Puls medycyny. Dostęp: <https://pulsmedycyny.pl/co-dalej-z-centrami-zdrowia-75-plus-991871>

¹³ Opieka geriatryczna się opłaci, Medycyna praktyczna. Dostęp: <https://www.mp.pl/geriatria/aktualnosci/254090.opieka-geriatryczna-sie-oplaci>

Propozycje dla rozwoju geriatry

- **Specjalizacja:** od 2003 roku znajduje się na liście specjalizacji priorytetowych. Jednak pomimo tego, co roku większość specjalizacyjnych miejsc rezydenckich w geriatryi pozostaje nieobsadzona. Okazuje się, że bonus za otwarcie specjalizacji priorytetowej, wynoszący 500-800 zł miesięcznie, nie stanowi obecnie wystarczającej zachęty do otwarcia tej specjalizacji. Należy **zwiększyć zarobki w specjalizacjach priorytetowych, w tym geriatryi, o co najmniej 20%**, w stosunku do specjalizacji niedeficytowych, tak aby geriatrya stała się specjalizacją priorytetową nie tylko z nazwy. Ponadto należy wprowadzić **„krótką ścieżkę” specjalizacyjną** poprzez umożliwienie lekarzom specjalistom w dziedzinie chorób wewnętrznych, w dziedzinach pokrewnych, medycynie rodzinnej, wystąpienie do Ministra Zdrowia o wydanie decyzji o uznaniu dorobku zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu właściwego szkolenia specjalizacyjnego, pod warunkiem przystąpienia do trwającego jeden rok skróconego szkolenia specjalizacyjnego zakończonego egzaminem specjalizacyjnym. Lekarze, którzy podjęliby decyzję o wyborze powyższej ścieżki zawodowej mogliby rozpocząć pracę na oddziale geriatryi zaraz po uzyskaniu pozytywnej decyzji Ministra Zdrowia.
- **Kadra pielęgniarska:** być może ważniejszym problemem niż niedobór geriatrów, jest **niedobór pielęgniarek**. Organizowanie środowiska opieki szpitalnej, domowej oraz w innych placówkach sprawowania pielęgniarskiej opieki geriatrycznej; kreowanie aktywnej starości - prowadzenie aktywizacji, dobór form mobilizowania pacjenta geriatrycznego; współpraca z członkami zespołu terapeutycznego, środowiskowego w procesie diagnozowania, terapii i pielęgnowania osób w podeszłym wieku; współpraca z pacjentem i z osobami z jego otoczenia w zakresie wyuczenia samoopieki i opieki nieprofesjonalnej; organizowanie opieki pielęgniarskiej, koordynowanie działań w środowiskowej opiece geriatrycznej. Te zadania z programu specjalizacji pielęgniarstwa geriatrycznego są nieodzowne dla prawidłowego prowadzenia leczenia i, szerzej, opieki u pacjenta w wieku podeszłym. Tymczasem wiemy, że liczba pielęgniarek systematycznie spada, rośnie natomiast ich średnia wieku. Należy bezwzględnie dążyć do takiego systemu zachęt, głównie finansowych, które skutkować będą **zwiększeniem liczby absolwentów na kierunkach pielęgniarskich**, a także sprawią, że wykształcone w kraju pielęgniarki nie będą emigrować „za pracą” poza jego granice. W kwestii pielęgniarstwa geriatrycznego rozważyć należy wprowadzenie **dotatków specjalizacyjnych**. Byłby to, na przykład, pełny zwrot kosztów szkolenia. Oczywiście, w przypadku wybrania innej drogi zawodowej

bądź wyjazdu z kraju w okresie przeznaczonym na odpracowanie zapomogi, koszty wydane na edukację musiałyby zostać z odsetkami zwrócone.

- **Opiekunowie:** W polskim systemie kształcenia zawodowego istnieją zawody dedykowane potrzebom osób w wieku senioralnym: **opiekun osoby starszej oraz opiekun medyczny**. Zawody te, mając na uwadze obecne i przyszłe potrzeby rynku pracy, wydają się być niezbędne dla realizacji zadań państwa w zakresie świadczenia opieki nad osobami w wieku podeszłym. Obecna liczba opiekunów medycznych to ok. 40 000 osób, w 2020 r. przybyło (zdało egzamin państwowy) ponad 7000 nowych¹⁴. Jednak braki szacuje się nawet na 100 000 pracowników. Niewątpliwie należy wesprzeć kształcenie w tych kierunkach. Należy tego dokonać jednak z zachowaniem ich odrębności zawodowej i niekonfliktowaniu kompetencji z pielęgniarstwem. Obecnie, według pomysłu Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji opiekunowie medyczni mają stanowić uzupełnienie niedoborów w kadrach pielęgniarstwach. Aby tak się stało, muszą zostać odpowiednio wyszkoleni. Nowe rozporządzenie Ministra Edukacji, które ma wejść w życie 1 września 2021 r., wydłuża okres kształcenia opiekunów medycznych do 1,5 roku i dopuszcza je jedynie w systemie dziennym lub stacjonarnym. Tymczasem ok. 90% osób kształci się w tym kierunku w ramach szkół jednorocznych lub kursów w trybie zaocznym. Nowe rozporządzenie zabiera tę możliwość. Utrudniając prowadzenie kształcenia nie wypełni się luki w niedoborach kadrowych. Protestują także środowiska pielęgniarstwach, traktując rozporządzenie jako wprowadzające konflikt kompetencji.
- Ogromnym problemem są zbyt niskie pensje kadr zatrudnionych w opiece senioralnej. Z tego powodu praca w tego rodzaju placówkach jest z reguły mało atrakcyjna, szczególnie dla osób młodych. Osoby chętne do pracy jako opiekunowie osób starszych wyjeżdżają z Polski np. do Niemiec, gdzie mogą liczyć na dużo wyższe zarobki. Problem niedoboru kadr medycznych przedyskutowaliśmy szerzej w rozdziale „Kadry i edukacja”.
- **Usprawnienie opieki senioralnej w POZ:** wg byłego konsultanta krajowego ds. geriatry, prof. Tomasza Kostki, najlepszym rozwiązaniem byłby system, w którym lekarz rodzinny byłby jednocześnie lekarzem geriatrą, który ma odpowiednią wiedzę, ale i jest odpowiednio wyposażony w takie narzędzia, które

¹⁴ Zmiany w kształceniu opiekunów med. cios w opiekę długoterminową, Co w zdrowiu. Dostęp: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/zmiany-w-ksztalceniu-opiekunow-med-cios-w-opieke-dlugoterminowa>

umożliwią jak najszerszą diagnostykę i leczenie już na poziomie podstawowym¹⁵. Tymczasem obecnie w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej obowiązkowy jest tylko 4-dniowy kurs z opieki senioralnej, natomiast 2-tygodniowy staż na oddziale geriatrycznym jest jedynie fakultatywny. Niezbędne wydaje się umożliwienie lekarzom rodzinnym poprawy kwalifikacji w opiece senioralnej i w zdobywaniu uprawnień do leczenia geriatrycznego, np. poprzez przedstawioną powyżej „krótką ścieżkę” specjalizacji. Obecnie, „na już”, wobec opisanego powyżej braku geriatrów, specjaliści geriatrycy powinni pełnić jedynie rolę konsultantów w zespołach POZ, które powinny się składać z lekarzy rodzinnych, ale też rehabilitantów i fizjoterapeutów, pielęgniarek POZ, środowiskowych i innych (przedstawiona poniżej koncepcja Poradni Wieku Dojrzałego). Należy też rozważyć udział pielęgniarek i pielęgniarek POZ w szeroko udostępnionych kursach kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego (kurs trwa 305 godzin, zaś pełna specjalizacja 825 godzin). Nowo pozyskane pielęgniarki geriatryczne w POZ mogłyby przejąć na siebie część obowiązków w ramach opieki senioralnej, włącznie z oceną COG – wszystko w ramach realizowania porady pielęgniarstwa. W opiniach środowisk geriatrycznych dotyczących opieki senioralnej w POZ na uwagę zasługuje pomysł wprowadzenia obowiązkowego monitorowania sytuacji osób powyżej 60. roku życia na wzór bilansu zdrowia dzieci i młodzieży, (badania okresowe dla seniorów, wczesna diagnostyka otępienia, np. użycie skali VES 13 Vulnerable Elders Survey). Pozwoli to na wczesne wykrycie wielu chorób, ocenę sprawności chorego i możliwości samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych oraz umożliwi wytypowanie osób wymagających opisaną powyżej całościowej oceny geriatrycznej (COG). Ułatwi to także lekarzowi POZ decyzję o skierowaniu pacjenta do specjalistycznej poradni geriatrycznej lub do oddziału geriatrycznego. Konieczny jest również wzrost finansowania świadczeń dla starszych pacjentów w POZ oraz finansowanie COG w opiece ambulatoryjnej.

- **Tworzenie w ramach POZ, lub obok POZ, Poradni Wieku Dojrzałego.** Wg Rekomendacji Zmian Systemowych w Opiece nad Osobami Starszymi w Polsce Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, zmianą organizacyjną w poradni, w porównaniu z obecną opieką, mogłaby stać się kompleksowość świadczenia.¹⁶ Wysyłanie

¹⁵ Prof. Kostka: Sieć nie jest przyjazna geriatrii, Termedia. Dostęp <https://www.termedia.pl/poz/Prof-Tomasz-Kostka-Siec-nie-jest-przyjazna-geriatrii-tymczasem-pacjent-dzieki-niej-ma-wieksze-szanse-na-samodzielnosc,26572.html>, Prof.Kostka w Sejmie: Żadnej system nie udźwignie obecnego modelu opieki nad seniorami, 2019. Dostęp: <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Prof-Kostka-w-Sejmie-zaden-system-nie-udzwignie-obecnego-modelu-opieki-nad-seniorami,192899,8.html>

¹⁶ Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce pod red. prof. Andrzeja M. Fała, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, 2016

pacjenta geriatrycznego do specjalisty w AOS jest czynnikiem zaburzającym postulowaną koncepcję terapii zlokalizowanej w jednym miejscu. Wg tej koncepcji to specjalista docierałby do pacjenta. Autorzy rekomendacji zdają sobie sprawę, że konstrukcję poradni wieku dojrzałego trzeba osadzić w realiach obecnych zasobów kadrowych, jednak postulują, że jest to standard, do którego należy dążyć. Biorąc pod uwagę wyzwania demograficzne, trzeba powiedzieć, że żaden system za 20-30 lat nie udźwignie rozczłonkowanej opieki nad osobami starszymi. Po pierwsze wyeliminuje to konieczność dotarcia pacjenta geriatrycznego, często o ograniczonej mobilności, do AOS. Po drugie, w zespole specjalistów w ramach takiej poradni, konsultujący lekarz musiałby się odnieść do wielochorobowości i polipragmazji pacjenta. Dlatego, wg rekomendacji powyższego gremium, grupowanie specjalistów w zespoły zgodne z zespołami chorobowymi szczególnie w wielochorobowości, wydaje się być właściwym postępowaniem przyspieszającym diagnozę, włączeniem prawidłowego postępowania medycznego, skrócenie okresu terapii i zmniejszenie inwalidyzacji pacjentów (te dwa ostatnie przyniosą także istotne, pozytywne efekty ekonomiczne dla systemu). Zdaniem ekspertów z Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji: „idealną specjalnością do prowadzenia (koordynacji) takiej poradni 'senioralnej' byłby lekarz rodzinny (bądź internista) z kursem geriatrycznym. W ten sposób będzie łatwiej zapełnić lukę w zakresie wyszkolonych geriatrów.¹⁷” Poradnie Wiek dojrzałego wpisują się doskonale w koncepcję postulowanych przez nas Lokalnych Domów Zdrowia, opisanych w odrębnym rozdziale.

- Rozwiązaniem dla opisanych powyżej **niedoskonałości systemu JGP** w leczeniu szpitalnym pacjenta w wieku podeszłym byłaby **możliwość sumowania procedur**, w których NFZ finansowałby terapię podstawowego schorzenia, będącego przyczyną hospitalizacji, w sposób dotychczasowy, ale również leczenie chorób towarzyszących, w mniejszym wymiarze (np. 100% + 50% + 30% za każdą kolejną współchorobowość).
- Rekomendujemy także **stworzenie w każdym województwie ośrodków opieki długoterminowej stacjonarnej, przejmujących w trybie „szybkiej ścieżki” osoby długotrwale hospitalizowane** i nie wymagające już intensywnego leczenia czy diagnostyki, nie kwalifikujące się do wypisu do domu. W taki ośrodku osoby przewlekle chore przebywałyby do czasu zorganizowania dla nich miejsca w DPS czy ZOL
- **Tele-medyczna opieka domowa** (*tele-homecare*) z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych w środowisku domowym seniorów. Obejmuje

¹⁷ Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce pod red. prof. Andrzeja M. Fala, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, 2016.

ona zdalny kontakt pacjenta z lekarzem, pielęgniarką lub opiekunem medycznym w formie telekonsultacji, ale także monitoruje parametry życiowe (np. temperatura, ciśnienie tętnicze, tętno, stężenie glukozy we krwi, masa ciała i inne) oraz ewentualne upadki lub inne sytuacje potencjalnie niebezpieczne, z wykorzystaniem czujników alarmowych. Oczywiście taka wersja opieki/leczenia nie może całkowicie zastąpić opieki bezpośredniej, jak to widzimy obecnie w wielu poradniach POZ i AOS. Ale jako wsparcie dla 'tradycyjnej' opieki ambulatoryjnej może być nieoceniona, zwłaszcza dla pacjentów z ograniczoną mobilnością. Zagadnienia powiązane z telemedycyną oraz cyfryzacją opieki medycznej przedstawiamy szczegółowo w odrębnym rozdziale.

- **Tworzenie** wzorowanych na rozwiązaniach zachodnich, **dziennych szpitali geriatrycznych, Skoordynowanej Opieki Ambulatoryjno-Szpitalnej** jako tańszego wsparcia / alternatywy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i oddziałów rehabilitacji. Do szpitali tego typu pacjenci geriatryczni kierowani byłiby po zakończeniu „tradycyjnej” hospitalizacji. W ramach pobytu w szpitalu dziennym świadczona byłaby **opieka medyczna, pielęgniarska oraz rehabilitacja**. Pacjent miałby zapewniony transport, wyżywienie i zajęcia terapeutyczne. Głównym celem pobytu w szpitalu dziennym byłaby rehabilitacja w celu poprawy sprawności pacjentów umożliwiającej funkcjonowanie w środowisku domowym. Pacjent korzystałby z pobytu w szpitalu dziennym kilka razy w tygodniu. Postępowanie takie jest uzasadnione medycznie i ekonomicznie - w obecnej sytuacji ma miejsce albo wydłużanie hospitalizacji (najdroższej przecież formy leczenia) bez uzasadnienia leczniczego, tylko dlatego, że nie ma gdzie pacjenta przekazać, albo wypisywanie go do domu bez realnego wsparcia rehabilitacyjnego. A wiadomo, że nawet kilkudniowa hospitalizacja powoduje u zdrowej osoby starszej znaczące obniżenie sprawności funkcjonalnej. Odwleczenie rehabilitacji wpływa na niweczenie efektów medycyny interwencyjnej. Natomiast skuteczna rehabilitacja pohospitalizacyjna wpływa m.in. na zmniejszenie ryzyka upadków skutkujących złamaniami, częstym dramatem osób starszych.

Prawdziwa reforma systemu opieki senioralnej powinna rozpocząć się od ponadpartyjnego porozumienia i ogólnospołecznej debaty oraz wyasygnowania zarezerwowanych środków finansowych na ten cel. Konieczne jest określenie kwoty niezbędnych środków oraz liczby potrzebnego personelu medycznego. Niezwykle istotne jest również opracowanie koncepcji kształcenia kadr, obejmującej w szczególności rozwój zawodów opiekuńczych. **Pandemia SARS-CoV-2 udowodniła, że problemów geriatry i systemu wsparcia dla osób niesamodzielnych nie da się spychać na dalszy plan, jak bywało dotychczas.**

1. Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa dotyczy osób niesamodzielnych, znajdujących się często w końcowym okresie życia. Sprawowanie tej opieki obejmują zarazem działania o charakterze medycznym jak i opiekuńczym. Zatem potrzeby wsparcia adresowane są do dwóch sektorów (i działów administracji), zdrowia i spraw socjalnych (zabezpieczenia społecznego). **Wydatki publiczne Polski na opiekę długoterminową należą do najniższych wśród krajów OECD¹⁸.** Opieka nad niesamodzielnym członkiem rodziny jest traktowana w Polsce jako indywidualna odpowiedzialność podopiecznego i jego bliskich. Wg raportu NIK w placówkach opieki długoterminowej przebywa około 0,7% osób starszych, a na przykład w krajach skandynawskich wskaźnik ten jest znacznie wyższy: w Szwecji – 7,2%, Norwegii – około 5%, a w Finlandii – 3,7%¹⁹. **Również wydatki na opiekę socjalną (w tym na opiekę długoterminową) nad osobami starszymi w Polsce (0,25% PKB) są niższe niż w innych państwach Unii Europejskiej.** Przykładowo wynoszą w: Szwecji – 2,7% PKB, Norwegii – 1,8% PKB, Finlandii – 0,8% PKB. Dla 25 państw członków Unii Europejskiej średnia kształtuje się na poziomie około 0,5% PKB²⁰.

Jednak z przedstawionych wyżej danych wynika jasno, że problem opieki długoterminowej, jej organizacji i finansowania, będzie narastać. I faktycznie, wg danych GUS, w 2016 r. wydatki jednostek samorządu terytorialnego (gmin, powiatów i województw) na domy pomocy społecznej przypadające na mieszkańców w wieku powyżej 60 lat wyniosły 2157,3 mln zł i w stosunku do 2012 r. wzrosły o blisko 500 mln zł²¹. Roczne wydatki w przeliczeniu na jedną osobę w wieku 60+ przebywającą w domu pomocy społecznej wyniosły 46315 zł i wzrosły od 2012 r. o 7445 zł. Także liczba miejsc w placówkach opieki dla seniorów sukcesywnie wzrastała i na koniec 2016 r. wynosiła prawie 142,6 tys.²² Analizując jednak dane dotyczące miejsc w domach pomocy społecznej w zestawieniu z liczbą osób w wieku senioralnym można stwierdzić, że **liczba miejsc w placówkach opieki na 10 tys. ludności w wieku 60+ w ostatnich latach sukcesywnie spada.** W 2016 r. liczba miejsc w domach pomocy społecznej wynosiła 90 na 10 tys. ludności w wieku 60+, podczas gdy w 2010 r. – 104. W ciągu siedmiu lat liczba miejsc spadła o 14 w przeliczeniu na 10 tys. osób w wieku 60+, co stanowi ubytek o 13,5%²³.

¹⁸ Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, raport NIK 2016 r.

¹⁹ Tamże.

²⁰ Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, raport NIK 2016 r.

²¹ Gospodarka senioralna w Polsce – stan i metody pomiaru, Główny Urząd Statystyczny, 2018

²² Tamże.

²³ Tamże.

Na obciążenie systemu opieki długoterminowej niewątpliwie wpływa narastający problem otępienia starczego – w Polsce niemal pół miliona osób w wieku podeszłym jest dotkniętych otępieniem²⁴. Do tego dodać należy nieznaną jeszcze liczbę osób z otępieniem będącym wynikiem powikłań po infekcji COVID-19. W wielu krajach opiekę nad chorymi z otępieniem sprawuje kilku współpracujących ze sobą specjalistów, m.in.: neurolog, geriatra, psychiatra i psycholog. W Polsce, w 2006 roku zlikwidowano Poradnie Zaburzeń Pamięci, mało jest oddziałów alzheimerowskich, w poradniach neurologicznych nie pracują psycholodzy. Nie ma w naszym systemie możliwości wielodyscyplinarnego połączenia działań medycznych i opiekuńczych, podczas gdy w większości państw europejskich otępienie uznawane jest za priorytetowy problem zdrowotny. W Polsce, w znacznej mierze, pacjenci z otępieniem obciążają system stacjonarnej opieki długoterminowej.

Z powodu znacznych zaniedbań i braków w naszym kraju zaczął się mocno rozwijać prywatny, komercyjny sektor opieki długoterminowej. Placówki niepubliczne często są tańsze, bo standardy, jakie muszą spełniać, są niższe niż w placówkach publicznych. Takich prywatnych placówek jest coraz więcej²⁵. Problemem są także **placówki, niemające umowy z wojewodą i niespełniające praktycznie żadnych standardów.**

Trzeba pamiętać, że niskie nakłady na opiekę senioralną w Polsce, przedstawione powyżej, nie oddają w pełni sytuacji rzeczywistej, jako że **ponad 90% potrzeb opiekuńczych osób starszych jest zaspokajane przez członków rodziny.** Koszty tej opieki, choć trudne do sprecyzowania, są ogromne. W dodatku nie obejmują tylko wydatków bezpośrednio związanych z opieką. Należy w nich uwzględnić także szereg innych problemów, którym muszą sprostać członkowie rodziny - opiekunowie osób starszych: ograniczenie kontynuacji kariery zawodowej z rezygnacją z pracy włącznie, zawężenie kręgu kontaktów społecznych z ryzykiem izolacji społecznej, czy wreszcie obciążenie i zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego związane z długotrwałą funkcją opiekuńczą.

Tymczasem dotychczasowa pomoc dla opiekunów rodzinnych, na których opiera się nasz system opieki, była bardzo skromna i trudno dostępna. Świadczenia dla opiekunów, skandalicznie niskie, są obwarowane trudnymi do spełnienia warunkami, jak chociażby brak prawa wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, czy pobierania renty / emerytury. Co więcej, jak zauważa dr Rafał Bakalarczyk w swoim raporcie 'Starość po polsku' opublikowanym pod auspicjami Klubu Jagiellońskiego, nie można opierać opieki senioralnej aż w takim stopniu na zasobach rodzinnych,

²⁴ Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje; Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, 2020

²⁵ Raport Rynek opieki geriatrycznej w Polsce 2020. Plany inwestycyjne i analiza porównawcza według województw. PMR Market Experts 2020

choćby dlatego, że rośnie liczba osób bez rodziny, z rodziną mieszkającą daleko lub niemogącą z innych względów zaangażować się w opiekę adekwatnie do potrzeb²⁶.

Wsparcie dla gmin w ich zadaniach pomocy opiekunom rodzinnym i nieformalnym jest niewystarczające i trudno dla gmin dostępne. Do podstawowych należą: dostęp do informacji, porad i szkoleń, pomoc psychologiczna, wsparcie wytechniczne oraz inne usługi i działania wspomagające sprawowanie opieki. Dostęp gmin do funduszy przeznaczonych na te cele jest obwarowany tyłoma warunkami, że znaczna część gmin nie jest w stanie im sprostać. Przykładem może być limit wielkości gminy poniżej 60 tys. mieszkańców w celu wnioskowania o fundusze z programu „Opieka 75+”²⁷.

Propozycje dla opieki długoterminowej

Naszym nadrzędnym celem będzie budowa odrębnego sektora opieki długoterminowej z rozłożoną odpowiedzialnością: publiczną, indywidualną i społeczną.

- Kluczową kwestią staje się **koordynacja działań między sektorem zdrowotnym i społecznym** (połączenie ministerstw lub poprawa współpracy między nimi np. poprzez utworzenie odpowiednich i współpracujących departamentów). Rozdział resortów zdrowia i pomocy społecznej w Polsce spowodował istotne pogorszenie, a w niektórych przypadkach nawet całkowity rozpad współpracy zespołu opieki środowiskowej (lekarz, pielęgniarka, pracownik socjalny) nad osobami starszymi na każdym poziomie, jednak najbardziej dotkliwie uwidoczniło się to w podstawowej opiece zdrowotnej.²⁸ Współdziałanie obu ministerstw wobec procesu starzenia się społeczeństwa wymaga wyraźnej delegacji ustawowej z opisem procedur tej współpracy, zasad ich nadzoru, koordynacji i kontroli. Obecnie odpowiedzialność za realizację celów przez ministerstwa jest rozmyta. W opinii wielu środowisk np. RPO, istnieje potrzeba utworzenia w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Zdrowia Seniorów, koncentrującego się na zdrowotnych potrzebach osób starszych w powiązaniu z opieką długoterminową w środowisku i instytucjach, ściśle współpracującego z istniejącym już Departamentem Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej²⁹. Na poziomie powiatów kluczową rolę

²⁶ Bakalarczyk R: Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi. Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego. Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej. Kraków-Warszawa 2021

²⁷ Tamże.

²⁸ Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje; Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, 2020

²⁹ Tamże.

w koordynacji opieki zdrowotnej z opieką socjalną mieszkańców w wieku podeszłym pełnić będą Lokalne Domy Zdrowia, opisane w odrębnym dokumencie Programu.

- Wprowadzenie, funkcjonujących już w innych krajach (w Niemczech od 1995 r.), **ubezpieczeń pielęgnacyjnych w finansowaniu opieki długoterminowej**³⁰. Połączone z ubezpieczeniem zdrowotnym daje obywatelom dodatkową ochronę ubezpieczeniową w przypadku wystąpienia potrzeby ich pielęgnacji. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest więc uzupełnieniem systemu opieki medycznej, co ważne – z zapewnionym oddzielnym finansowaniem opieki pielęgnacyjnej i socjalnej. Dzięki wprowadzeniu takiego modelu umożliwiono nie tylko znaczącą poprawę opieki nad pacjentami niesamodzielnymi, ale także dzięki pojawieniu się bardzo dużego popytu na ten rodzaj usług, doprowadziło to do pojawienia się dużej liczby nowych firm świadczących tego typu opiekę, poprawiając sytuację ekonomiczną pracowników medycznych średniego szczebla: pielęgniarek, opiekunów medycznych, asystentów pielęgniarских.
- Znacznie **większe wsparcie dla gmin** w ich zadaniach pomocy (szkolenia, pomoc psychologiczna, urlopy wytchnieniowe) opiekunom rodzinnym i nieformalnym poprzez zwiększenie środków na ich realizację, ale też poprzez złagodzenia wymagań formalnych w celu ich pozyskania, np. poprzez obniżenie wkładu własnego, jaki muszą zapewnić gminy starające się o udział w programach wsparcia.
- Odejście od przyznawania wsparcia jedynie opiekunom z najbliższej rodziny, których wiąże obowiązek alimentacyjny z podopiecznym.
- Zapewnienie uprawnień do korzystania z zabezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego opiekunów nieformalnych czy rodzinnych.
- Zmiana przepisów warunkujących otrzymanie wsparcia przez opiekuna od jego pełnej rezygnacji z pracy;
- Obligowanie placówek niepublicznych prowadzących opiekę długoterminową do występowania o zgodę wojewody z jednoczesnym zapewnieniem ustalonych standardów opieki.
- Zmiana zadań pracownika socjalnego. Obecnie **pracownika socjalnego nie obowiązuje czynne monitorowanie problemów** socjalnych — musi on jedynie reagować „na wezwanie” — mimo że ośrodki pomocy rodzinie (społecznej) nadal są zorganizowane terytorialnie i mogłyby zawczasu przeciwdziałać trudnym

³⁰ Przybyłowicz A: Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2017 r.

sytuacjom opiekuńczym na ich obszarze, przy współpracy z pozostałymi członkami środowiskowych zespołów opieki geriatrycznej. Postulat ten należy połączyć ze **zwiększeniem środków przeznaczonych na opiekę społeczną i zwiększeniem płac samych pracowników socjalnych.**

- Wsparcie gmin w zapewnieniu alternatywnych form opieki długoterminowej. **Mieszkalnictwo wspomagane**, w którym mieszkanie-pensjonariusz byłby wspierany codziennymi wizytami opiekuna, wpisuje się w zasadę deinstytucjonalizacji usług społecznych, jest znacząco tańsze dla gmin i bardziej przyjazne dla seniorów niż DPS. **Rodzinny dom pomocy**, który stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób, wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie.
- **Konieczność ujednoczenia zasad płatności za DPS i ZOL.** Obecnie na członkach rodziny osoby przebywającej w DPS (w rzeczywistości najczęściej na gminie, udział rodzin we współfinansowaniu jest ponad dwudziestokrotnie mniejszy niż wydatki gmin) ciąży obowiązek alimentacyjny, natomiast w przypadku ZOL nie. W rezultacie zarówno rodzina, jak i sama gmina są zainteresowane umieszczeniem starszej osoby z niepełnosprawnością w ZOL – właśnie ze względu na brak obowiązku wnoszenia opłat czy współpłacenia.

2. Opieka hospicyjno-paliatywna

W ostatnich latach opieką paliatywną i hospicyjną co roku objętych było około 90 tys. osób, co kosztowało NFZ średnio 600 mln zł rocznie³¹. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w hospicjach domowych dla dorosłych lub dzieci, hospicjach stacjonarnych, poradniach medycyny paliatywnej lub perinatalnej opieki paliatywnej.

System opieki paliatywnej i hospicyjnej, według NIK, nie zapewnia dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń wszystkim pacjentom, którzy potrzebują takiej opieki³². Eksperti NIK w swoim raporcie z 2019 r. wskazywali, co prawda, na wysokie miejsce Polski w rankingach opieki paliatywnej. Jednak w czołowym rankingu 'The 2015 Quality of Death Index Ranking Palliative Care Across the World' czasopisma The Economist, Polska zanotowała znaczący spadek swojej pozycji³³. Według opisu z rankingu, usługi opieki paliatywnej w Polsce poprawiają się, ale **brak jest strategii krajowej a finansowanie nie jest wystarczające**. Wycena osobodni dyktowana przez NFZ jest znacznie poniżej wartości wyliczonych przez AOTMiT pięć lat temu.

Istotny problem finansowy dotyczy wizyt domowych. Wizyta domowa została zrównana cenowo z wizytą pacjenta w poradni. Tymczasem wiadomo, że gdy personel medyczny przyjeżdża do pacjenta, to koszt świadczenia jest znacznie wyższy. Dodatkowo coroczny wzrost nakładów NFZ na opiekę paliatywną i hospicyjną wciąż nie zapewnił pokrycia kosztów funkcjonowania dziewięciu z 15 kontrolowanych hospicjów³⁴. Musiały one swoją działalność finansować z innych źródeł np. z odpisu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego.

Problemem jest również brak miejsc w hospicjach. W większości województw nie zapewniono minimalnej liczby łóżek w paliatywnej opiece stacjonarnej, zalecanej przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej - tj. 80-100 łóżek na 1 mln mieszkańców. Mimo że ich liczba w latach 2015-2018 zwiększyła się o 23%, to w 2018 r. w 10 województwach brakowało aż 443 łóżek. Oprócz tego NIK zauważa, że wpływ na dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej ma miejsce zamieszkania. Przeprowadzona przez Izbę analiza dostępności (na podstawie liczby pacjentów przypadających na 10 tys. mieszkańców) wykazała, że ze świadczeń korzystało o ponad 30% mniej pacjentów z gmin wiejskich niż miejskich. Blisko 80%

³¹ Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, raport NIK 2019 r.

³² Tamże.

³³ 2015 quality death index, The Economist. <https://eiuPerspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>

³⁴ Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, raport NIK 2019 r.

sięgała różnica liczby pacjentów w poszczególnych województwach (na 10 tys. mieszkańców)³⁵.

Brakuje także **integracji z publicznym systemem opieki zdrowotnej** a przede wszystkim **lista chorób kwalifikujących do opieki paliatywnej jest zbyt wąska**. Obowiązujące w Polsce, w okresie objętym kontrolą, prawo umożliwiło dostęp do opieki paliatywnej **głównie pacjentom z nowotworami**. Stanowią oni blisko 90% pacjentów objętych tą opieką.³⁶ NIK zauważa, że **corocznie 45 tys. pacjentów umiera ze zdiagnozowanymi chorobami nienowotworowymi** - na przykład cierpiących na niewydolność serca lub nerek, które to choroby **nie kwalifikują do opieki paliatywnej i hospicyjnej**. Na ograniczony dostęp do świadczeń opieki paliatywnej wpływ ma również fakt, że **świadczenie w tym zakresie nie są finansowane przez NFZ ponad limit** określony w kontrakcie. W okresie objętym kontrolą (2015-2018) tylko w przypadku dziesięciu skontrolowanych hospicjów zmarło 763 pacjentów, którzy oczekiwali na przyjęcie³⁷. NFZ zawiera kontrakty na określoną liczbę osobodni, co przekłada się na określoną liczbę pacjentów, których można objąć opieką paliatywną w danym czasie. Chorzy w znacznej liczbie hospicjów domowych też oczekują w kolejkach na wizytę. Tutaj rodzi się problem etyczny – chorzy oczekujący mogą tę pomoc otrzymać zbyt późno albo wcale. Limitowanie świadczeń powodowało też permanentną niepewność, czy otrzymane z NFZ środki pokryją koszty udzielania opieki pacjentom, którym hospicja zdecydowały się, mimo wszystko, udzielić pomocy.

Dotychczas podejmowane **działania na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki paliatywnej i hospicyjnej były nieskoordynowane i fragmentaryczne**. Odpowiedzialny za zorganizowanie systemu opieki paliatywnej minister zdrowia nie **opracował strategii jej rozwoju**. Z powodu nieokreślenia przez Ministra długofalowej polityki państwa w tym zakresie, opieka paliatywna rozwija się nierównomiernie, zróżnicowana jest jakość świadczeń, zaś hospicja funkcjonują w stanie niepewności co do zasad ich działania w przyszłości.

Propozycje dla opieki hospicyjno-paliatywnej

- Zwiększenie finansowania opieki hospicyjno-paliatywnej i zmiana finansowania świadczeń opieki na sposób nielimitowany.
- Skoordynowanie - we współpracy z ministrem właściwym ds. społecznych - opieki paliatywnej z pomocą społeczną, podstawową opieką zdrowotną oraz opieką długoterminową.

³⁵ Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, raport NIK 2019 r..

³⁶ Tamże.

³⁷ Tamże.

- Poszerzenie listy chorób kwalifikujących do opieki paliatywno-hospicyjnej. Obecnie blisko 90% pacjentów objętych tą opieką to pacjenci onkologiczni. Należy uwzględnić przede wszystkim pacjentów ze znaczną niewydolnością serca i schyłkową niewydolnością nerek.
- Wprowadzenie szpitalnych zespołów opieki paliatywnej złożonych z lekarza, pielęgniarki i psychologa, które wspierałyby personel oddziałowy w decydowaniu o konieczności / zasadności wdrożenia opieki hospicyjnej i pośredniczyłyby w przekazywaniu pacjenta do takiej opieki co zapewni dostęp do opieki paliatywno-hospicyjnej wszystkim potrzebującym, niezależnie od miejsca leczenia czy zamieszkania. Specjaliści medycyny paliatywnej nie są w stanie objąć wszystkich pacjentów opieką.
- Ujednolicenie dostępu do opieki paliatywno-hospicyjnej bez względu na miejsce zamieszkania.
- Wprowadzenie do rozporządzenia w sprawie opieki paliatywno-hospicyjnej obowiązku sporządzania indywidualnych planów opieki, określających zadania różnych opiekunów zaangażowanych w opiekę.
- Przeprowadzenie analizy co do wymaganego poziomu zatrudnienia i kwalifikacji pielęgniarek, jak również katalogu wymaganego sprzętu z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów i racjonalizacji kosztów jego utrzymania.

BIBLIOGRAFIA

1. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r. Główny Urząd Statystyczny; Warszawa, Białystok 2020
2. Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro; pod red. Prof. Piotra Błędowskiego; raport Koalicji 'Na pomoc niesamodzielnym'; Warszawa 2020
3. Derejczyk J i wsp. Gerontologia i geriatryka w Polsce na tle Europy — czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? Gerontol. Pol. 2008; 16, 3: 149–159
4. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej, Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, 2013
5. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, raport NIK 2015 r.
6. Sytuacja Osób Starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje; Praca zbiorowa Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy RPO, 2020
7. Rynek zdrowia: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Opieka-geriatryczna-znika-z-publicznego-systemu-ochrony-zdrowia-w-Polsce,197096,14.html>
8. FedykŁukasik M: Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. Geriatria i opieka długoterminowa numer 1/2015 (1)
9. Stuck AE i wsp: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet; 1993 Oct 23;342(8878):1032-1036
10. Puls medycyny: <https://pulsmedycyny.pl/co-dalej-z-centrami-zdrowia-75-plus-991871>
11. Medycyna praktyczna: <https://www.mp.pl/geriatria/aktualnosci/254090,opieka-geriatryczna-sie-oplaci>
12. Co w zdrowiu: <https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/zmiany-w-kształceniu-opiekunow-med-cios-w-opieke-długoterminowa>
13. Termedia: <https://www.termedia.pl/poz/Prof-Tomasz-Kostka-Siec-nie-jest-przyjazna-geriatrii-tymczasem-pacjent-dzieki-niej-ma-wieksze-szanse-na-samodzielosc,26572.html>
14. Rynek zdrowia: <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Prof-Kostka-w-Sejmie-zaden-system-nie-udzwignie-obecnego-modelu-opieki-nad-seniorami,192899,8.html>
15. Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce pod red. prof. Andrzeja M. Fala, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, 2016
16. Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, raport NIK 2016 r.
17. Gospodarka senioralna w Polsce – stan i metody pomiaru Główny Urząd Statystyczny, 2018
18. Raport Rynek opieki geriatrycznej w Polsce 2020. Plany inwestycyjne i analiza porównawcza według województw. PMR Market Experts 2020
19. Bakalarczyk R: Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi. Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego. Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej. Kraków-Warszawa 2021
20. Przybyłowicz A: Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec. Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Warszawa 2017

21. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, raport NIK 2019 r.
22. The Economist. <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
23. Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014-2020 w zarysie; rządowy program na rzecz aktywności osób społecznej starszych; 2013
24. Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ
25. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Program „Opieka 75+” na rok 2021
26. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Program „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” edycja 2020