



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI

IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER

POLSKIE TOWARZYSTWO
ZDROWIA
PUBLICZNEGO

Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce

pod redakcją
prof. Andrzeja M. Fala



SPARTAŃSKA

Fundacja na rzecz rozwoju
Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie

Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce

pod redakcją
prof. Andrzeja M. Fala

Warszawa 2016

Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce

Redaktor: *prof. Andrzej M. Fal*

Zakład Ekonomiki i Organizacji Ochrony Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia
Publicznego-PZH, Warszawa

Katedra Zdrowia Publicznego UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Autorzy Rekomendacji:

- *dr n. med. Piotr Bednarski*

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Warszawa

- *lek. med. Dorota M. Fal*

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH, Warszawa

- *dr n. med. Piotr Karniej*

Katedra Zdrowia Publicznego UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

- *mgr Dorota Kiedik*

Katedra Zdrowia Publicznego UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH w Warszawie

- *apl. adw. Konrad Korbiński*

Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Warszawa

- *prof. dr hab. n. med. Krystyna Księżopolska-Orłowska*

Klinika Rehabilitacji Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Warszawa

- *prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska*

Klinika Wczesnego Zapalenia Stawów Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Warszawa

- *dr n. med. Paweł Petryszyn*

Katedra Farmakologii Klinicznej UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

- *mgr farm. Aleksandra Staniak*

Katedra Farmakologii Klinicznej UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

- *prof. dr hab. n. med. Iwona Sudol-Szopińska*

Zakład Radiologii Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Warszawa

1. Ewolucja potrzeb zdrowotnych Polaków

1.1. Projekcja demograficzna na najbliższe 50 lat

Polska na tle krajów Unii Europejskiej należy nadal do społeczeństw młodych. Eurostat podaje, że mediana wieku populacji Polski w 2012 roku wynosiła 38,7 roku, a dla krajów Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosił 41,9 roku. Jednakże prognozy demograficzne, zarówno dla Polski, jak i Europy, nie są optymistyczne. Według prognoz Eurostatu, ludność Unii Europejskiej coraz szybciej będzie się starzała, a odsetek mieszkańców Unii w wieku powyżej 65 lat (65+) wzrośnie z 17,4% w 2010 do blisko 30% w 2060, jeszcze większy wzrost nastąpi w populacji 80+ – z 4,6% do 12% w 2060 r.

W Polsce odsetek ludzi w wieku 65 lat, których obecnie jest 13,5% wzrośnie do 2060 roku ponad dwa razy do 34,5% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Prognozy podają, że tylko dla Łotwy i Rumunii będzie wyższy. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej w Polsce wzrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060. Średnio dla całej Unii Europejskiej odsetek ludności powyżej 80 lat będzie wynosił w 2060 roku około 12%.

Przyczynami tych niekorzystnych prognoz demograficznych są, między innymi, następujące zjawiska demograficzne:

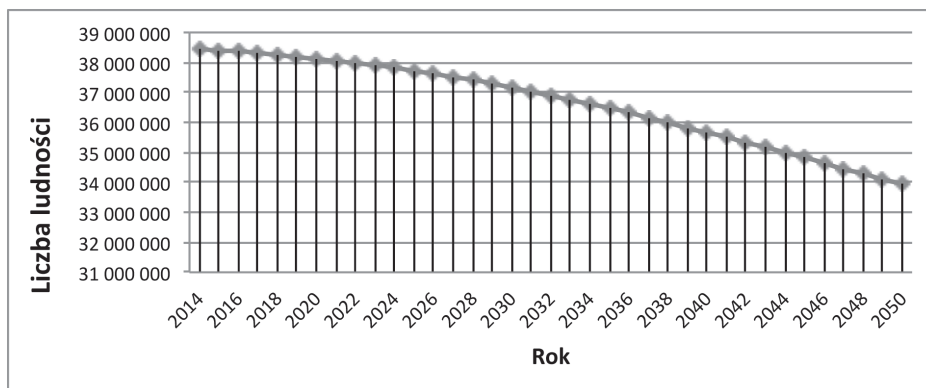
- spadek współczynnika dzietności kobiet w Polsce do 1,33, a w konsekwencji spadek liczby urodzeń (od 1980 do 2014 prawie dwukrotny – odpowiednio z 701 553 do 370 650)¹;
- wydłużająca się oczekiwana długość życia (w Polsce dla kobiet z 74,4 lat w 1980 do 81,6 lat w 2014 i dla mężczyzn z 66 lat w 1980 do 73,8 lat w 2014)²;
- wysokie ujemne saldo migracji ludzi młodych.

Ponadto, według prognoz demograficznych w najbliższych latach Polskę czeka dalszy, stopniowy ubytek liczby ludności oraz znaczące zmiany struktury ludności ze względu na wiek. Liczba lud-

¹ Dane statystyczne na podstawie GUS: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html>.

² Dane statystyczne na podstawie GUS: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-tablice,1,1.html>.

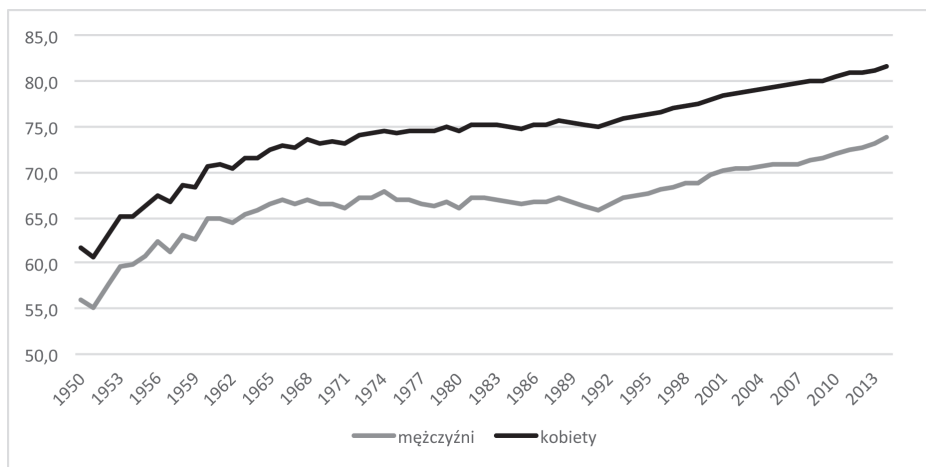
ności Polski, która wynosiła na początku 2010 roku – 38 200 tys., zmniejszy się do roku 2060 o ponad 14% i osiągnie 32 710 tys. osób.



Wykres 1. Liczba ludności Polski (wg prognoz GUS)

Źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> (dostęp: 12.03.2016).

Spadek liczby ludności (spadek dzietności, ujemna migracja), wzrost liczby seniorów w strukturze populacji to podstawowe wskaźniki świadczące o procesie starzenia się społeczeństwa, który według prognoz demograficznych nabiera tempa we wszystkich krajach Unii Europejskiej, jednak dla Polski coraz bardziej przyspiesza, czego dowodzą prognozy mówiące, że Polska stanie się w 2060 roku krajem o jednym z największych udziałów seniorów w populacji.



Wykres 2. Przeciętne dalsze trwanie życia (wg GUS)

Źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> (dostęp: 19.03.2016).



Wykres 3. Współczynnik dzietności w Polsce w latach 2000-2013

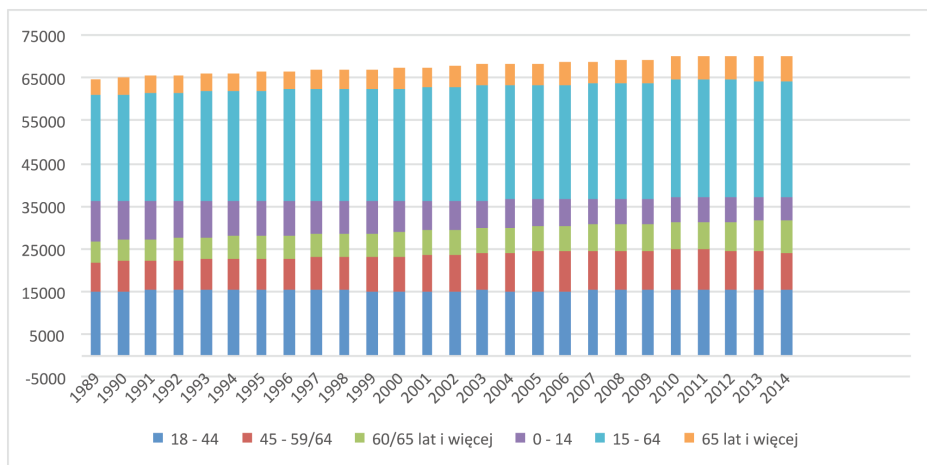
Źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html> (dostęp: 19.03.2016).

Tabela 1. Prognoza liczby ludności w wieku 60 lat i więcej (kobiety) oraz 65 lat i więcej (mężczyźni) – w tysiącach

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ogółem	7 528,1	8 617,3	9 349,1	9 749,5	10 193,5	10 869,9	11 702,5	12 404,5
Mężczyźni	2 366,7	2 887,4	3 346,8	3 553,8	3 683,7	3 955,4	4 378,2	4 875,7
Kobiety	5 161,4	5 729,9	6 002,3	6 195,7	6 509,8	6 914,5	7 324,2	7 528,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS: www.stat.gov.pl

Kolejnym ważnym współczynnikiem, wyglądającym bardzo niepokojąco w kontekście struktury wiekowej społeczeństwa i jej konsekwencji ekonomicznych, jest współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, czyli liczba osób starszych (65 lat i więcej) przypadająca na 100 osób w wieku 15-64. W 2013 r. wartości tych współczynników w Polsce dla miast i wsi były na zbliżonym poziomie i wynosiły odpowiednio 22 i 19. Prognozy wskazują jednak, że od 2015 roku nastąpi wyraźny wzrost, szczególnie w miastach, a w 2050 r. współczynnik może ulec potrojeniu do wartości ok. 66.



Wykres 4. Struktura wiekowa ludności Polski

Źródło: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html> (dostęp: 19.03.2016).

Podobna sytuacja jest prognozowana dla całkowitego współczynnika obciążenia demograficznego (suma współczynnika obciążenia osobami starszymi i współczynnika obciążenia dziećmi poniżej 15 r.ż.). Całkowity współczynnik obciążenia wzrośnie od wartości 42 osoby w 2013 r. do 81 osób w 2050 r. (87 w miastach i 75 na wsi)³. Ekonomicznie jest to współczynnik bardzo istotny, ponieważ definiuje liczbę osób pracujących vs niepracujące.

Prognozowane procesy starzenia się społeczeństwa wywołują w strukturze demograficznej wielokierunkowe zmiany kulturowe, społeczne i ekonomiczne. Zmiany te są nieuniknione, co potwierdzają obiektywne dane i prognozy, dlatego wszystkie działania podejmowane zarówno w polityce społecznej, jak i zdrowotnej muszą je uwzględniać.

³ *Prognoza ludności na lata 2014-2150*, GUS, Warszawa, październik 2014, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,1,5.html>.

1.2. Ocena zmian potrzeb zdrowotnych

Niezależnie od innych czynników ryzyka, wiek jest głównym czynnikiem rozwoju chorób przewlekłych. Dodatkowo, jedne choroby przewlekłe, jak np. nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 – to kolejne czynniki ryzyka wystąpienia kolejnych chorób – w tym przypadku kłębkowych chorób nerek. Taki mechanizm prowadzi nieuchronnie do wielochorobowości, co utrudnia i podraża leczenie pacjentów oraz pogarsza rokowanie.

Ponadto liczną grupę wśród osób starszych stanowią pacjenci z zaburzeniami neurologicznym. 470 tysięcy osób w wieku podeszłym jest dotkniętych otępieniem. Najczęstszą przyczyną otępienia jest proces zwyrodnieniowy toczący się w mózgu w przebiegu choroby Alzheimera lub miażdżycy naczyń mózgowych, u blisko 50% pacjentów z otępieniem występują klinicznie zaburzenia psychiczne. W wielu krajach opiekę nad chorymi z otępieniem sprawuje kilku współpracujących ze sobą specjalistów, m.in.: neurolog, geriatra, psychiatra i psycholog. Niestety, NFZ od 2006 roku zlikwidował 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 zdrowotny⁴.

Utrzymująca się struktura zachorowalności (wzrost ilości schorzeń wraz z wiekiem pacjenta) oraz postępujący proces starzenia się populacji niewątpliwie doprowadzą do zmiany profilu wydatków na świadczenia zdrowotne. Już dziś wydatki NFZ na leczenie pacjentów powyżej 65 roku życia są blisko 3 razy wyższe niż na leczenie pacjentów w wieku od 0 do 65 (roczne średnie wydatki na pacjenta w wieku 0-65 wynoszą 1,2 tys. zł, natomiast dla pacjenta powyżej 65 roku życia średni wydatek NFZ to 3,4 tys. zł)⁵.

Najwyższe koszty świadczeń zdrowotnych poniesione przez NFZ w roku 2014 dotyczyły leczenia pacjentów starszych – od 60

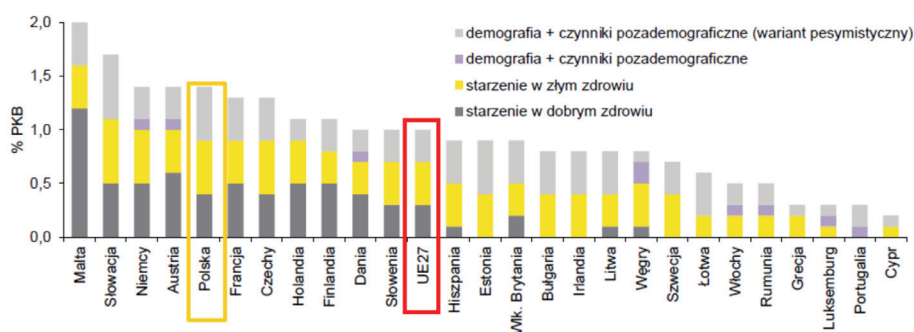
⁴ *Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce*, PAN, Warszawa 2014.

⁵ *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, Warszawa, listopad 2015, www.nfz.gov.pl.

do 69 lat. Prognozy NFZ kosztów leczenia w roku 2020 i 2030 przewidują przesunięcie maksimum kosztów na coraz starszych pacjentów. W roku 2020 maksymalne koszty leczenia będą dotyczyły pacjentów w wieku 69-70 lat, a już w 2030 maksymalny koszt leczenia przypadnie na pacjentów w wieku 75-76 lat.

Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne – bez podjęcia rozwiązań systemowych sytuacja ta stanie się poważnym problemem społeczno-ekonomicznym, a wręcz zagrożeniem dla rozwoju gospodarczego kraju, jak i bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w Polsce będzie należał do największych w Unii Europejskiej. Prognozy podają, że zapotrzebowanie na świadczenia systemu ochrony zdrowia finansowane ze środków publicznych w Polsce do roku 2030 wzrośnie o około 1,4% PKB. W roku 2015 1,4% PKB to około 25 mld złotych. Jest to jeden z najwyższych wzrostów (w stosunku do PKB) wśród krajów Unii Europejskiej. Ponad 60% wzrostu według prognoz będzie spowodowane tylko czynnikami demograficznymi.



Wykres 5. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia ochrony zdrowia finansowane ze środków publicznych w krajach UE w latach 2011-2030

Źródło: EY, według European Commission, The 2012 Ageing Report, Brussels 2013.

1.3. Zmiana rangi rehabilitacji jako podstawowego czynnika zapobiegającego i ograniczającego niepełnosprawność, poprawę ilości QALY, i czynnika prewencyjnego w postępie chorób

Równolegle z procesem wydłużania życia (LY), niestety nie wydłużają się lata przeżyte w zdrowiu (HLY). Poprawia wskaźników przeciętnego trwania życia nie jest jednoznaczna ze wzrostem przeciętnej liczby lat przeżytych w dobrym stanie zdrowia. Dane statystyczne pokazują tendencję odwrotną – liczba lat przeżytych w zdrowiu po 65 roku życia na przestrzeni ostatnich lat spada. Jakość życia zależna od zdrowia (HRQL – *Health-Related Quality of Life*) to wskaźnik obrazujący m.in. jakość starzenia się. Miernikami HRQL są zazwyczaj całkowita liczba lat przeżycia skorygowana o jego jakość – QALY lub okres niesprawności – DALY⁶.

W Polsce mężczyźni przeżywają w zdrowiu, bez ograniczonej sprawności 81% długości życia, a kobiety 77%. Dla osób w wieku 65 lat prognozy podają, że mniej niż połowę dalszego życia przeżyją one w pełnym zdrowiu, dla mężczyzn to około 6,7 roku czyli 45% dalszego trwania życia, a dla kobiet 7,5 – 39% dalszego trwania życia⁷. Mimo wydłużającej się średniej długości życia Polaków, wciąż jest ona wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej dla mężczyzn o 4,8 roku, a kobiet o 2,1 roku, ale szczególnie niepokojące jest, że liczba lat przeżytych w zdrowiu po 65 roku życia ciągle spada. Mając na uwadze te tendencje, należy przy analizie wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne brać pod uwagę przede wszystkim wzrost czasu przeżytego w dobrym zdrowiu, ale nie wykluczając także wzrostu czasu przeżytego w złym zdrowiu (np. w części społeczeństwa niepoddającej się profilaktyce itd.). Rozwój jednego bądź drugiego scenariusza niewątpliwie będzie miał wpływ na zmiany zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Na zmiany te będą miały również wpływ czynniki pozademograficzne, m.in.: wzrost

⁶ R. Niżanowski i in., *Analiza opłacalności*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2002.

⁷ Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/sytuacja_zdrowotna_w_polsce_fakty_14032013.pdf.

zamożności społeczeństwa, rozwój technologiczny itp. Opieka nad osobami starszymi wpływająca na poprawę jakości życia musi być prowadzona interdyscyplinarnie i dotyczyć trzech obszarów: zdrowotnego, psychicznego i społecznego. Sprawne funkcjonowanie w tych trzech obszarach jest silnie ze sobą powiązane następującymi zależnościami:

- zdrowie fizyczne jest silnie uwarunkowane kondycją psychiczną;
- kondycja psychiczna jest istotnie uzależniona od aktywności społecznej, m.in. od przeciwdziałania samotności i wykluczeniu;
- aktywność społeczna min. poprzez kulturę i edukację, aktywną rekreację czy wolontariat wzmacnia więzi; a także kondycję fizyczną i psychiczną.

Tylko wcześniej rozpoczęta profilaktyka i interdyscyplinarna opieka nad osobami starszymi będzie skuteczna, i tylko w taki sposób możliwe będzie spełnienie potrzeb seniorów i osiągnięcie oczekiwanych rezultatów, w tym wydłużenia życia w dobrym zdrowiu. Ważne jest rozsądne włącznie do terapii innowacji zarówno technologicznych, jak i farmakologicznych.

Jednakże za jedno z najistotniejszych działań w zakresie grupy osób starszych, doprowadzających do zmniejszenia niepełnosprawności w najstarszej grupie wiekowej, uważane są programy aktywizacyjne niedopuszczające do alienacji, przywracające więzi międzypokoleniowe, co łącznie sprzyjać będzie dobrej aktywności fizycznej i kondycji psychicznej seniorów. Ma to także istotne znaczenie dla zmniejszenia kosztochłonności wynikającej z konieczności opieki socjalnej i zdrowotnej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.

Z punktu widzenia opieki zdrowotnej istotne znaczenie w wydłużaniu życia w dobrym zdrowiu ma rehabilitacja. W wymiarze biologicznym jednym z czynników wyróżniających starość jest obniżenie sprawności organizmu. Rehabilitacja, której głównym celem jest utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie podstawowych czynności życia codziennego oraz usprawnienia poszczególnych narządów i układów, w których występuje dysfunkcja, ma duże znaczenie dla poprawy jakości życia osób w starszym wieku. Odpowiednio wcześniej zastosowana rehabilitacja pozwala na właściwe i nie-

inwazyjne usprawnianie pacjentów, ogranicza czas trwania jego niesprawności, tym samym wydłuża życie w dobrym zdrowiu. Pacjenci w podeszłym wieku charakteryzują się również wysokim poziomem napięcia psychicznego, niskim mniemaniem o własnej osobie oraz negatywną postawą wobec terapii. Zabiegi rehabilitacyjne mogą zmienić ten niekorzystny stan psychologiczny⁸.

Kolejnym istotnym elementem sprzyjającym zdrowej starości są programy zdrowego starzenia się (*healthy aging*), których wdrażanie w obliczu prognoz demograficznych będzie miało istotny wpływ na HLY oraz na wysokość wydatków przeznaczanych na zdrowie. Rehabilitacja i profilaktyka medyczna w programach zdrowego starzenia się ma dwa nurty działań. Jeden adresowany jest do osób starszych, polega on na zapewnianiu im lepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji, co umożliwia dłuższe uczestnictwo w życiu społecznym (funkcja integracyjna), a także zmniejsza zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, m.in. na leczenie szpitalne i usługi opieki długoterminowej. Drugi nurt adresowany jest do osób niebędących jeszcze w starszym wieku i ma przede wszystkim charakter profilaktyczny. Zapobieganie niepełnosprawności może ograniczyć późniejsze wydatki socjalne i zdrowotne⁹.

Światowa Organizacja Zdrowia w 1998 roku w raporcie „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” zaproponowała trzy cele dla aktywnego starzenia się:

1. przywracanie utraconej sprawności poprzez rehabilitację,
2. możliwość satysfakcji z pełnego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnej roli społecznej przez osoby powyżej 65 roku życia,
3. wzrost przynajmniej o 50% odsetka ludzi w wieku 80 lat cieszących się takim poziomem zdrowia w otoczeniu domowym, który pozwala na zachowanie samodzielności, poczucie własnej godności i swojego miejsca w społeczeństwie.

W koncepcji zdrowego starzenia się chodzi przede wszystkim o zapewnienie, aby osoby w wieku podeszłym cieszyły się do-

⁸ G. Łój, *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2007, nr 4, s. 153-157.

⁹ M.A. Mrożek-Gąsiorowska, *Rehabilitacja medyczna osób starszych. Zasadność, potrzeby i możliwości*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011, nr 1, s. 128-143.

brym zdrowiem najdłużej jak to jest możliwe. W raporcie „Zdrowe starzenie się – wyzwanie dla Europy” jednym z zagadnień o największym znaczeniu dla promowania zdrowego starzenia się jest aktywność fizyczna. Według raportu należy dążyć do zwiększenia poziomu aktywności fizycznej wśród osób starszych w celu osiągnięcia zalecanego standardu międzynarodowego, który wynosi 30 lub więcej minut co najmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego w większość dni tygodnia, a najlepiej codziennie.

W rozważaniach na temat rangi rehabilitacji w opiece nad osobami starszymi zarówno w kontekście przywracania zdrowia i sprawności, jak również w programach „*healthy aging*” istotne znaczenie ma dostępność świadczeń z zakresu rehabilitacji, która w Polsce jest bardzo zróżnicowana. Istnieją różne rozwiązania instytucjonalne, jednak brakuje standardów w tej dziedzinie. Świadczenia z zakresu świadczeń rehabilitacyjnych i terapii mogą być



Ryc. 1. Główne determinanty zdrowia wg Dahlgren i Whiteheada
 Źródło: G. Dahlgren, M. Whitehead, Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, September 1993, Ditchley Park, London 1993.

udzielane na rehabilitacyjnych oddziałach szpitalnych lub w rehabilitacyjnych szpitalach specjalistycznych, w odrębnych centrach rehabilitacyjnych, ambulatoryjnie lub stacjonarnie. Świadczenia rehabilitacyjne udzielane są także na oddziałach szpitali ogólnych, w hospicjach, domach pomocy społecznej i w miejscu pracy.

Oczywiście, sprowadzenie zdrowia populacji, a w szczególności jej starszej części, jedynie do wpływu wczesnych i późnych działań rehabilitacyjnych byłoby nadmiernym uproszczeniem, *de facto* ideę zdrowego starzenia się należy opierać na szeregu czynników wynikających np. z dobrze znanego grafu Dahlgren & Whiteheada (ryc. 1) czy na analizie pól Lalonda.

1.4. Zmiany ilościowe potrzeb – wielochorobowość – zwiększona potrzeba wizyt u POZ i AOS – zastosowanie nowych technologii – zdalne monitorowanie wieloparametryczne

Wyniki ogólnopolskiego badania PolSenior wskazują, że większość osób starszych cierpi na więcej niż jedno schorzenie przewlekłe. Najbardziej obciążone wielochorobowością są osoby między 70 a 84 rokiem życia, w tym wieku także rośnie zagrożenie utratą samodzielności¹⁰. Współistnienie wielu chorób, często przewlekłych (układu sercowo-naczyniowego, chorób neurologicznych) doprowadza do niewydolności narządów, co w konsekwencji pogarsza rokowania, zmniejsza samodzielność pacjenta i zwiększa kosztochłonność terapii oraz opieki socjalnej. Pacjent z wieloma chorobami korzysta z porad wielu specjalistów. Wiele współistniejących chorób i wynikających z nich niesprawności bardzo często utrudnia proces leczenia i jest przyczyną wielu ograniczeń terapeutycznych, szczególnie przy braku współpracy pomiędzy specjalistami zajmującymi się pacjentem z wielochorobowością. Obecna organizacja ochrony zdrowia sprzyja fragmentaryzacji usług zdrowotnych, wzmacnia ją sposób finansowania świadczeń za procedury w wąskich specjalnościach i leczenie

¹⁰ B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.

określonego układu/narządu. System finansowania ochrony zdrowia *de facto* nie przewiduje „premii za wyleczenie”, wystarczy wykonanie właściwych procedur, nie wymaga również i nie umożliwia współpracy pomiędzy różnymi specjalistami w zakresie leczenia jednego pacjenta, zjawisko to szczególnie szkodliwym i jest nieprzyjemne dla pacjentów starszych z wielochorobowością, którzy mają ograniczoną zdolność poruszania się i chodzenie do wielu specjalistów, nierzadko w różnych przychodniach jest dla nich wręcz niemożliwe.

Często pacjenci z wielochorobowością po rozpoznaniu chorób przez specjalistów i z wystawionymi przez nich zaleceniami wracają do lekarza rodzinnego, który kontynuuje leczenie polegające głównie na przepisywaniu leków zaleconych przez specjalistów. Pacjent starszy z wielochorobowością bardzo często wymaga szczególnej opieki, pielęgnacji i nadzoru. System opieki zdrowotnej i społecznej niestety nie zaspakaja tych potrzeb, szczególnie pacjentom pozostającym w swoich gospodarstwach domowych, które z kolei w większości przypadków są jednoosobowe (zjawisko tzw. singularyzacji, samotnie zamieszkujące osoby starsze). Często tacy pacjenci nie dość że nie są mają odpowiedniej opieki i nadzoru w domu, to w wielu przypadkach mają również utrudnione lub czasem niemal niemożliwe dotarcie do lekarza.

Sytuacja ta niewątpliwie wymaga zmiany w profilu udzielanych świadczeń zdrowotnych i socjalnych. Jedno z rozwiązań tej sytuacji stanowi rozwój różnych usług opiekuńczo-leczniczych dostępnych dla osób starszych w ich miejscu zamieszkania. E-zdrowie, telemedycyna, a przede wszystkim usługi związane z telemedyczną opieką domową (*tele-homecare*) to sfery o szczególnie dużym potencjale rozwojowym, stanowiące szerokie pole do innowacji. Pacjenci starsi stają się głównymi beneficjentami systemów telemedycznych. Najpopularniejsze wśród gałęzi telemedycyny systemy przeznaczone w szczególności dla osób starszych to: systemy teleopieki wraz z telemedyczną opieką domową (*tele-homecare*), a także telekardiologia, tediabetologia oraz telerehabilitacja.

Telemedyczna opieka domowa (*tele-homecare*) to zintegrowane i kompleksowe nadzorowanie pacjentów chorych przewlekle

i osób starszych przy wykorzystaniu narzędzi teleinformatycznych w ich środowisku domowym. Obejmuje ona zarówno zdalny kontakt pacjenta z lekarzem, pielęgniarką lub opiekunem medycznym w formie telekonsultacji czy wideokonferencji, monitoruje także parametry życiowe chorych (tętno, ciśnienie, temperatura, stężenie glukozy we krwi, saturacja, masa ciała i inne) oraz upadki i omdlenia lub inne sytuacje potencjalnie niebezpieczne dla zdrowia lub życia, wykorzystując tzw. czujniki alarmowe. Celem *tele-homecare* jest sprawienie, aby osoba starsza, niepełnosprawna, czasowo lub trwale niesamodzielna, jak najdłużej mogła bezpiecznie pozostawać w swoim środowisku domowym. Dzięki wykorzystaniu sieci internetowych i telekomunikacyjnych system ma też służyć osobom niepełnosprawnym do pełniejszego udziału w życiu społecznym, zmniejszając ich poczucie zagrożenia, osamotnienia i izolacji. Systemy opieki telemedycznej stają się szczególnie efektywne, jeżeli promują zachowania prozdrowotne i zdrowy styl życia, pozwalając osobom starszym na dalsze funkcjonowanie w ich dotychczasowym otoczeniu¹¹.

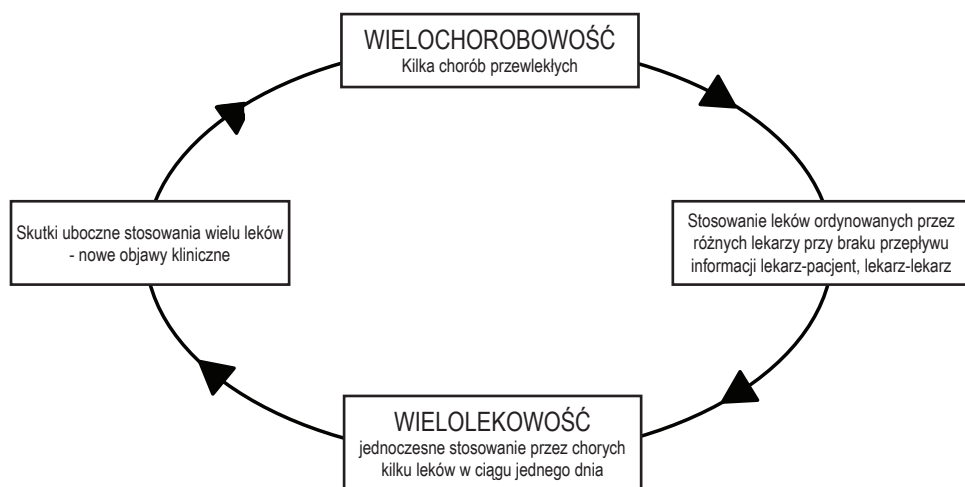
1.5. Polipragmazja – zwiększona potrzeba farmakoterapeutyczna

Konsekwencją omówionej wielochorobowości jest też wielolekowość (polipragmazja), czyli jednoczesne stosowanie przez chorego co najmniej kilku leków. Zjawisko wielolekowości dotyczy mniej więcej co drugiej osoby starszej, a ciężkiej wielolekowości – częściej niż co dziesiątej. Wielolekowość i wielochorobowość tworzą tzw. spiralę chorób i terapii (ryc. 2), czyli błędne koło, w którym zwiększająca się liczba schorzeń wymusza leczenie u coraz większej liczby specjalistów, a więc stosowanie coraz większej liczby leków, a to z kolei prowadzi do uszkodzenia kolejnych narządów¹².

Wraz z lekami przepisywanymi przez lekarzy pacjenci w wie-

¹¹ M.M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, *Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2013, nr 11, s. 302-317.

¹² K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Geriatrya i gerontologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.



Ryc. 2. Spirala chorób i terapii

Źródło: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Geriatrya i gerontologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

ku podeszłym przyjmują dodatkowo dużą ilość leków dostępnych bez recepty, bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą. Są to tzw. leki OTC (ang. *over the counter*), dostępne także poza aptekami i bardzo często reklamowane w mediach. Pacjenci często myślą, że takie leki nie powodują skutków ubocznych. Zażywanie dużej ilości leków bardzo często obniża skuteczność leczenia, szczególnie u osób starszych, których organizm ma słabszy metabolizm, słabiej absorbuje i wydalą leki, co w konsekwencji bardzo często prowadzi do występowania działań niepożądanych, w tym niebezpiecznych interakcji lekowych.

Podstawową zasadą farmakoterapii osób starszych, szczególnie z wielochorobowością jest to, że każda dolegliwość i objaw kliniczny mogą być konsekwencją stosowanej farmakoterapii, dlatego zawsze w takim przypadku należy zweryfikować przyjmowane przez pacjenta leki, najlepiej jeśli takiej weryfikacji dokonałby geriatra. Muszą być tego świadome wszystkie osoby sprawujące opiekę nad pacjentami z wieloma chorobami przewlekłymi. Jednym z rozwiązań, które może doprowadzić do zmniejszenia zjawiska kaskadowego przepisywania leków i optymalizacji leczenia ludzi starszych jest holistyczne podejście do terapii geriatrycznej oraz wzmocnienie edukacji zarówno pacjentów, jak i opiekunów m.in. w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich.

2. Działania wynikające ze zmian potrzeb

2.1. Zasoby organizacyjne

2.1.1. Inne typy szpitali

Polski system opieki zdrowotnej od okresu transformacji ustrojowej, ulega ciągłym przeobrażeniom, a jednym z głównych tego przejawów jest zmieniająca się rola szpitala jako instytucji opieki zdrowotnej. Przed rokiem 1990, kiedy obowiązującym w Polsce systemem finansowania świadczeń był system budżetowy, a koszty opieki zdrowotnej nie były przez nikogo definiowane, to właśnie szpital pełnił rolę koordynatora opieki medycznej nad pacjentem, zapewniając mu kompleksową opiekę zarówno na poziomie podstawowej, specjalistycznej, jak i zamkniętej opieki zdrowotnej.

Transformacja systemu opieki zdrowotnej spowodowała więc nie tylko zmianę systemu finansowania świadczeń zdrowotnych (z budżetowego na quasi-ubezpieczeniowy), ale przede wszystkim doprowadziła do zmiany alokacji zasobów w ochronie zdrowia, upowszechniając w istotny sposób wstępną diagnostykę medyczną w lecznictwie otwartym, jak również angażując lekarzy specjalistów do działania w warunkach praktyk prywatnych.

Przełom wieków XX i XXI przyniósł więc nie tylko kluczowe dla populacji polskiej zmiany demograficzne, powodujące zmianę w kierunkach polityki zdrowotnej, ale przede wszystkim zmianę postrzegania systemu opieki zdrowotnej jako tego, który winien zapewnić pacjentom opiekę szpitalną na poziomie oczekiwanych przez pacjentów świadczeń. Współcześnie pacjenci nie oczekują już, że szpital zaoferuje im leczenie przypadków o przebiegu łagodnym, szczególnie jeśli ich terapię można prowadzić w warunkach domowych. Dzisiejszy szpital jest miejscem, w którym pacjenci oczekują pomocy pilnej, w stanach ratujących życie, a także w chorobach, które ze swojej specyfiki nie mogą być leczone ambulatoryjnie. Taka zmiana postrzegania roli szpitala z całą pewnością wymusza nowe podejście do organizacji tych instytucji i ich oferty prezentowanej pacjentom.

Zmiana profili oddziałów szpitalnych musi jednak odzwier-

ciedlać lokalne zapotrzebowanie, tzn. w przypadku chorób onkologicznych, opiece paliatywnej, opiece długoterminowej, wszelkie działania związane z optymalizacją liczby i struktury działalności szpitali muszą być podejmowane rozważnie, aby nie ograniczyć dostępności do świadczeń. Warto jednak dostrzec, że także w tych dziedzinach dokonuje się istotny postęp, którego przejawem są dzienne ośrodki opieki onkologicznej, przeniesienie środka ciężkości opieki długoterminowej na opiekę środowiskową, czy w przypadku opieki paliatywnej – zwiększone zaangażowanie środowiska medycyny rodzinnej. Tak więc, jakiegokolwiek reorganizacje w tym obszarze muszą być realizowane w imię optymalizacji, a nie bezrefleksyjnej minimalizacji rodzajów działalności.

Doniesienia statystyczne wskazują, że na przełomie lat 2005-2013 liczba szpitali w zasadzie nie zmieniła się (tabela 2)

Tabela 2. Stacjonarna opieka zdrowotna, stany na 31 grudnia

Wyszczególnienie	2005	2010	2012	2013		Specification
	łóżka beds			zakłady facilities		
Szpitale ogólne ^a	187423 ^b	190387	188820	187763	966	General hospitals
Szpitale psychiatryczne	20027	17750	17529	17505	48	Psychiatric hospitals
Ośrodki leczenie odwykowego	985	1070	1106	1142	22	Detoxification centres
Ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów	2425	2447	2431	2478	58	Addiction recovery centres
Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej	249	245	245	245	4	Regional centres of forensic psychiatry
Zakłady opiekuńczo- lecnicze	14726	19250	21187	22302	379	Chronic medical care homes ^c
Zakłady pielęgnacyjno- opiekuńcze ^c	5165	5688	6755	6401	152	Nursing homes ^c
Hospicja	897	1126	1389	1307	73	Hospices
Lecznictwo uzdrowiskowe	37719	40568	41738	43645	259	Health resort treatment
sanatoria	26353 ^d	29400	30669	33994	201	sanatoria
szpitale	11366	11168	11069	9651	58	hospitals

^a W 2013 r. bez 2 szpitali w województwie wielkopolskim; łóżka - bez miejsc dziennych na oddziałach szpitalnych. ^b Bez łóżek i inkubatorów dla noworodków. ^c, ^d Łącznie z: ^c - zakładami typu psychiatrycznego, ^d - prewentoriami.

^a In 2013 excluding 2 hospitals in Wielkopolskie voivodship; beds - excluding day-time places in hospital wards. ^b Excluding beds and incubators for newborns. ^c, ^d Including: ^c - psychiatric types facilities, ^d - pre-ventoria.

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015, GUS, Warszawa, 2015, s. 223.

– choć widoczna jest niewielka tendencja spadkowa w obszarze psychiatrii – zaś w tym samym czasie bardzo istotnie wzrosła liczba porad udzielanych w warunkach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (tabela 3).

Trzeba więc stwierdzić, że pomimo dostrzegalnej zmiany funkcji szpitala, w Polsce liczba tych instytucji nie zmniejsza się.

Tabela 3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna, stany na 31 grudnia

Wyszczególnienie	2005	2010	2013	2014			Specification
				ogółem total	miasta urban areas	wieś rural areas	
Przychodnie (stan w dniu 31 XII)	12641	16903	19529	20052	15426	4626	Out-patient departments (as of 31 XII)
Praktyki lekarzy i lekarzy dentystów ^a (stan w dniu 31 XII)	7587	6927	6028	5894	4400	1494	Doctors and dentists practices ^a (as of 31 XII)
Porady udzielone ^b (w ciągu roku) w tys.	269545	290931	307377	305576	258189	47387	Consultations provided ^b (during the year) in thous.
w tym w ramach praktyk lekarzy i lekarzy dentystów ^a	22791	19176	15224	14452	11293	3159	of which on the basis of doctors and dentists practices ^a
lekarskie	242767	259461	273947	271702 ^c	229752	41950	doctors
w tym specjalistyczne ^c	96137	100312	110089	111968	108985	2983	of which specialized ^c
stomatologiczne	26778	31470	33430	33874	28437	5437	stomatological

^a Dane obejmują praktyki, które podpisały kontrakty z NFZ lub z przychodniami. ^b Łącznie z poradami opłacanymi w przychodniach przez pacjentów. ^c Bez porad udzielonych w izbach przyjęć szpitali ogólnych.
^a Data concern entities that have signed contract with the National Health Fund or out-patient departments.
^b Including consultations paid by patients in out-patients departments. ^c Excluding consultations provided in admission rooms of general hospitals.

Źródło: *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2015*, GUS, Warszawa, 2015, s. 222.

W analizie tabeli 3 trzeba bez wątplenia powiedzieć, że zarówno liczba przychodni, jak i liczba udzielonych w nich porad lekarskich na przestrzeni lat 2005-2013 uległa znacznemu zwiększeniu. Świadczy to bezpośrednio o zmianie postrzegania roli leczenia otwartego przez pacjentów, poprawie specjalistycznego wyposażenia tych placówek, możliwości wykonania znacznej

części diagnostyki w warunkach ambulatoryjnych i tym samym umożliwiania pacjentowi leczenia równolegle z wykonywaniem obowiązków zawodowych i pełnienia ról rodzinno-społecznych.

Można więc powiedzieć, że wobec zmieniającej się roli i funkcji szpitali na przestrzeni ostatnich lat, a także biorąc pod uwagę odmienne zapotrzebowanie na usługi szpitala ze strony pacjentów, aby zachować liczbę szpitali na dotychczasowym poziomie, ale jednak dostosować ich profil działalności do współczesnych oczekiwań, trzeba skierować większy nacisk na tworzenie oddziałów udzielających świadczeń w warunkach pilnych, jednodniowych.

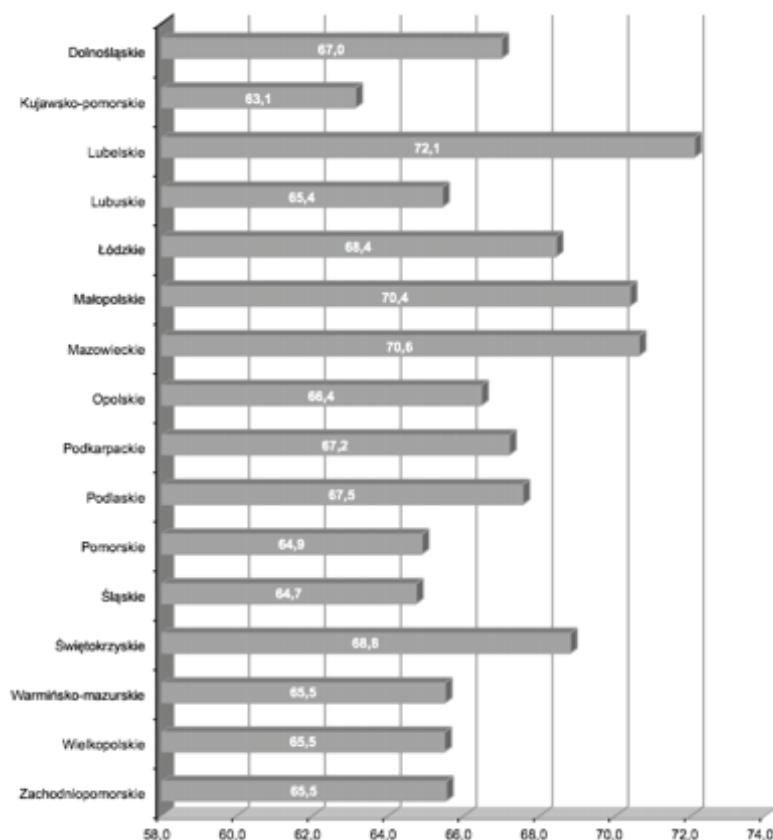
Ważnym i niezwykle trudnym do zmiany w polskiej ochronie zdrowia jest problem niewłaściwej struktury łóżek szpitalnych, a w tym nadmierna liczebność łóżek długoterminowych, a niedostateczna liczba łóżek krótkoterminowych, specjalistycznych. Oczywiście w tej dyskusji nie można pominąć ważnej grupy tzw. łóżek długoterminowych – geriatrycznych, onkologicznych i w opiece paliatywnej, gdzie pacjenci nie mogą być leczeni w warunkach domowych, a czas trwania ich choroby jest długotrwały. Tutaj należy mówić nie o minimalizowaniu liczby łóżek długoterminowych, ale o ich optymalizacji, która lokalnie może wiązać się czasem nawet ze wzrostem ich liczby, o ile lokalnie istnieje taka potrzeba. Niemniej jednak system opieki zdrowotnej w tych specjalnościach, gdzie jest to możliwe, powinien zapewnić jak najwięcej łóżek o charakterze pilnym, tym bardziej że wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych w Polsce jest nieoptymalny.

Według danych przedstawionych przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia¹³ za rok 2014 w żadnym z 16 województw w kraju współczynnik wykorzystania łóżek szpitalnych nie przekroczył 73%, osiągając w skrajności wartość od 63,1% (woj. kujawsko-pomorskie) do 72,1% (woj. lubelskie). Oznacza to w konsekwencji utrzymywanie zasobów niewykorzystanych, ponoszenie w związku z tym istotnych kosztów, a także – wobec długich kolejek oczekujących na niektóre świadczenia – ograniczanie możliwości generowania przychodów szpitala, wobec istnienia na nie zapotrzebowania pacjentów (wykres 6).

¹³ *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, CSIOZ, Warszawa 2015, s. 73.

Reasumując można więc rekomendować następujące działania:

- wprowadzenie nowych technologii medycznych, które umożliwią skrócenie czasu pobytu pacjentów na oddziałach i poprawę bezpieczeństwa procedur;
- zmiana profili oddziałów długoterminowych na krótkoterminowe (tam gdzie stan zdrowia pacjentów umożliwia bezpieczne przeniesienie leczenia do warunków leczenia otwartego);
- przeniesienie do działalności ambulatoryjnej tych procedur, które nie wymagają leczenia szpitalnego, m.in. diagnostycznych, zabiegowych – jednodniowych, konsultacyjnych, terapeutycznych – jednodniowych.



Wykres 6. Działalność szpitali stacjonarnych ogólnych, wskaźnik wykorzystania łóżek [%]

Źródło: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, CSIOZ, Warszawa, 2015, s. 73.

2.1.2. Deinstytucjonalizacja

- istotny focus na osobach 65+

Wzrost liczby osób w wieku ponad 65 lat obserwowany jest w krajach Europy, a nawet całego świata. Ze wstępnych wyliczeń demografów wynika, że w ciągu 50 lat (od 1975 roku do 2025) nastąpi wzrost populacji osób starszych o ponad 200%, gdy tymczasem ogólna liczba ludności zwiększy się jedynie o niewiele ponad 100%. Udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności w początkach naszego wieku był największy we Włoszech, Grecji, Szwecji, Niemczech i Hiszpanii. Doświadczenia innych krajów wskazują na konieczność organizowania nowych form opieki nad osobami starszymi, które zapewnią im bezpieczeństwo pod względem medycznym i opiekuńczym. Najtańszą i najkorzystniejszą formą jest zapewnienie takich usług w warunkach dotychczasowego środowiska pacjenta, tj. w warunkach domowych. Wzrost liczby osób w wieku starszym, przy jednoczesnym zmniejszeniu diety, praca zawodowa większości kobiet, zanik rodzin międzypokoleniowych osłabia więzi i zmienia tradycyjne funkcje rodziny, która dotychczas otaczała opieką osoby starsze.

Doświadczenia innych krajów wskazują na konieczność organizowania nowych form opieki nad osobami starszymi, które zapewnią im bezpieczeństwo pod względem medycznym i opiekuńczym. Najtańszą i najkorzystniejszą formą jest zapewnienie takich usług w warunkach dotychczasowego środowiska pacjenta, tj. w warunkach domowych.

Deinstytucjonalizacja to wszelkie działania, które są podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług, w tym zdrowotnych. Mają one na celu nie tylko zapewnienie właściwej opieki, ale również wydłużenie okresu sprawności psychicznej, fizycznej oraz możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych. Zapewnienie takiej opieki dotyczy osób niepełnosprawnych o różnym stopniu niesamodzielności, w tym osób w wieku podeszłym.

Deinstytucjonalizacja jest procesem, którego zadaniem jest rozwój zindywidualizowanych usług medycznych na terenie społeczności lokalnych. Stwarza to możliwości działań profilaktycznych, co będzie zapobiegało umieszczeniu podopiecznych w systemie opieki instytucjonalnej. Deinstytucjonalizacja wiąże się z utworze-

niem nowych zintegrowanych usług w środowisku lokalnym.

Dzięki takiej organizacji, podmioty świadczące całodobowe usługi w ramach opieki długoterminowej czy paliatywno-hospicyjnej mogą rozszerzyć swoją działalność o usługi realizowane w domu pacjenta we współpracy z innymi podmiotami. Podmioty te mogą również zająć się wypożyczaniem sprzętu do pielęgnacji i rehabilitacji.

Deinstytucjonalizacja umożliwi tworzenie na terenie szpitali dziennych domów opieki medycznej dla osób niesamodzielnych, zapewniających całodzienną opiekę i wybrane metody rehabilitacji.

Deinstytucjonalizacja stworzy możliwość nowej jakości opieki środowiskowej, która będzie obejmowała usługi zdrowotne (np. pielęgniarские, fizjoterapeutyczne, psychologiczne, terapeutyczne zajęciowe) oraz opiekuńcze. Chory uzyska również wsparcie, a opieka będzie skoordynowana, indywidualnie dobrana do potrzeb. W opiece środowiskowej będą mogły być wykorzystane nowoczesne technologie z zakresu informatyki i medyczne. W domu osoby niesamodzielnej może być np. prowadzone żywienie dojelitowe, dializy, terapia tlenem, leczenie ran. Rozwój telemedycyny umożliwi pełną kontrolę nad stanem osoby starszej z wielochorobowością przebywającej w warunkach domowych. Obecnie istnieją systemy monitorujące pracę serca (EKG, ciśnienie i tętno) i powiadamiające w nagłych sytuacjach odpowiednie służby. Mogą być również zainstalowane w środowisku domowym systemy szybkiego powiadamiania opiekunów czy pracowników medycznych.

Tak więc istnieje konieczność tworzenia lokalnych centrów opieki domowej/środowiskowej, koordynujących usługi zdrowotne i opiekuńcze, które by stanowiły wsparcie zarówno dla osób niezależnych, jak również ich opiekunów.

2.1.2.1. Istniejące formy opieki i ich alternatywy

Obecnie w Polsce istnieją placówki sprawujące opiekę nad osobami starszymi. Są one podległe władzom centralnym i lokalnym: Ministerstwu Zdrowia – system opieki zdrowotnej (Narodowy Fundusz Zdrowia oddziały wojewódzkie) oraz Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej – pomoc społeczna (centra wojewódzkie i powiatowe). Placówki te są prowadzone przez jednostki administracji

rządowej, organizacje pozarządowe (NGO), tj. fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe oraz przez podmioty prywatne.

Wyróżniamy następujące formy opieki nad osobami starszymi: instytucjonalną, półotwartą i w miejscu zamieszkania.

Opieki instytucjonalna polega na całodobowym przebywaniu osób niesamodzielnych w domach pomocy społecznej, domach opieki, rodzinnych domach opieki, zakładach opiekuńczo-pielęgniacyjnych, zakładach opiekuńczo-leczniczych, oddziałach geriatrycznych i hospicjach.

Opieka półotwarta to domy/centra dziennego pobytu, mieszkania chronione i kluby seniora. W ośrodkach dziennego pobytu prowadzone są różne formy aktywności (kulturalna, artystyczna, sportowa), rehabilitacja, poradnictwo oraz są zapewnione posiłki. W mieszkaniach chronionych przebywają osoby żyjące samodzielnie pod nadzorem opiekunek i pielęgniarek. Kluby seniora ukierunkowane są na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym i sportowym. Działają we współpracy z uniwersytetami trzeciego wieku.

Dzienne centra geriatryczne mogą być przez szpitale tworzone jako alternatywne formy opieki pozaszpitalnej nad osobami starszymi (dzienne domy opieki medycznej, dzienne domy opiekuńczo-rehabilitacyjne, dzienne geriatryczne oddziały szpitalne). Do dziennych centrów geriatrycznych są kierowani pacjenci, których opieka domowa powinna być uzupełniona o nadzór dzienny, rehabilitację albo krótkotrwałe leczenie szpitalne bez konieczności całodobowej hospitalizacji. Dzielne centra geriatryczne zapewniają profesjonalną opiekę geriatryczną w miejscu zamieszkania w ciągu dnia lub w jego części, nie powodując alienacji społecznej i psychicznej chorego.

Dzielne oddziały geriatryczne to szeroki panel działań medycznych odbywających się w bardziej przyjaznym dla pacjenta środowisku:

- diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami niewymagającymi całodobowej i długotrwałej hospitalizacji;
- leczenie i monitorowanie zaostrzeń chorób przewlekłych, szczególnie u chorych z wielochorobowością, tak aby uniknąć efektu „domina”, tzn. pogorszenia się stanu wielu narządów, ze stanem

- zagrożeniem życia włącznie, pod wpływem wystąpienia nagłego pogorszenia w funkcjonowaniu jednego z narządów czy układów;
- diagnostyka i terapia schorzeń, których leczenie będzie następnie kontynuowane w warunkach domowych, np. zapalenia płuc bez niewydolności oddechowej;
 - przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - diagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego niemożliwa do wykonania w warunkach ambulatoryjnych;
 - wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych z możliwością wykonywania wlewów dożylnych.

W ramach dziennych geriatrycznych oddziałów szpitalnych powinny też być realizowane wszystkie procedury wykonywane w ramach ambulatoryjnej i szpitalnej opieki geriatrycznej, m.in. takie jak: spirometria, EKG wysiłkowe, tomografia komputerowa, densytometria, echokardiografia, 24-godzinna rejestracja EKG metodą Holtera i inne.

Opieka w środowisku życia

Osoby starsze spędzają 70-80% czasu w swoich domach. Znaczna część tych osób wymaga opieki medycznej, a wielochorobowość wzrasta z wiekiem i może dotyczyć ponad 80% chorych powyżej 84 roku życia¹⁴. Występowanie wielu chorób przewlekłych powoduje pogorszenie sprawności i jakości życia, izolację od otoczenia, gorsze rokowanie oraz zwiększenie śmiertelności¹⁵. Ważne jest zatem kompleksowe podejście kliniczne i wczesna wykrywalność schorzeń współistniejących i systematyczna ocena sprawności starszej osoby. W tym celu należy przygotować zakres badań i powszechnie używanych walidowanych skal umożliwiających wykonywanie bilansu u osób od 60 roku życia co 5 lat w ramach podstawowej opieki zdrowotnej np. skali VES 13 (*Vulnerable Elders Survey*). Pozwoli to na wczesne wykrycie wielu chorób, ocenę sprawności chorego i możliwości

¹⁴ M.E. Salve, *Multimorbidity in older adults*, "Epidemiologic Reviews" 2013, no. 35, s. 75-83.

¹⁵ C. Vogeli i in., *Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences and implications for quality, care management and costs*, "Journal of General Internal Medicine" 2007; vol. 22, supl. 3, s. 391-395.

samodzielnego funkcjonowania w warunkach domowych oraz umożliwi wytypowanie osób wymagających całościowej oceny geriatrycznej dokonanej przez zespół geriatryczny. Wczesne wykrycie występowania czynników zwiększających możliwość upadku, jak np. pogorszenie wzroku, zaburzenia równowagi, osłabienie siły mięśni kończyn dolnych, pozwoli na uruchomienie działań prewencyjnych, modyfikację leczenia czy zastosowanie rehabilitacji celowanej na wzmocnienie mięśni. Istotna jest również ocena miejsca zamieszkania pod kątem adaptacji do aktualnego stanu funkcjonalnego osoby starszej. Działania te pozwolą na ograniczenie koniecznych hospitalizacji oraz rejestr chorych, którzy wymagają specjalistycznej opieki geriatrycznej przez geriatryczny zespół opieki domowej czy leczenie w ramach dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego. W 2013 roku eksperci Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowali „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”, które niestety nadal nie mają praktycznego zastosowania. Mała liczba specjalistów z dziedziny geriatry w Polsce nie ułatwia tego procesu. Aby przyspieszyć niezbędne zmiany, specjaliści geriatrycy powinni pełnić rolę konsultantów w zespołach składających się z lekarzy rodzinnych, specjalistów z innych dziedzin, rehabilitantów i fizjoterapeutów, pielęgniarek POZ i środowiskowych i innych. Pozwoli to na szybkie uruchomienie niezbędnych zmian, polegających na wykonaniu bilansu osób w wieku senioralnym, zakwalifikowaniu do grup terapeutycznych i objęcie osób chorych kompleksową opieką geriatrycznego zespołu opieki domowej lub, jeżeli to konieczne, leczenia w ramach dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego.

Opieka w miejscu zamieszkania może być nieformalna, prowadzona przez rodzinę, sąsiadów, przyjaciół czy wolontariuszy.

Opieka formalna realizowana jest przez jednostki terytorialne. Pracownik socjalny w ramach domowych usług opiekuńczych i specjalnych usług opiekuńczych może skierować do domu osoby starszej pielęgniarkę i opiekunkę. Ponadto osoby niesamodzielne mogą uzyskać zasiłki, zwroty kosztów czy zniżki oraz wsparcie niematerialne w postaci posiłków, ubrań czy opału.

Zależnie od potrzeb, pomoc w warunkach domowych polega

na sprzątaniu, praniu, przygotowywaniu posiłków, zakupach czy wizytach u lekarza. Niektóre osoby wymagają usług pielęgnacyjnych: pomocy w higienie osobistej, ubieraniu, jedzeniu i poruszaniu. W miejscu zamieszkania mogą być również udzielane specjalistyczne usługi: fizjoterapia, terapia zajęciowa, poradnictwo.

Interdyscyplinarny geriatryczny zespół opieki domowej

W skład interdyscyplinarnego geriatrycznego zespołu opieki domowej powinien wchodzić:

- lekarz rodzinny;
- geriatra pełniący rolę konsultanta;
- lekarze innych specjalności;
- fizjoterapeuta;
- pielęgniarka dokonująca oceny stanu zdrowia wykorzystując metody całościowej oceny geriatrycznej (COG);
- psycholog ze specjalnością psychologii wieku starszego;
- pielęgniarka środowiskowa;
- pracownicy socjalni.

Ostatnio wdrażany jest program pilotażowy dla utworzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej, ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Głównym celem utworzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej jest wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój świadczeń zdrowotnych dla tych osób. Domy te są przeznaczone dla osób niesamodzielnych, bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, wykraczającej poza możliwości POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale które nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego. W Dziennych Domach Opieki Medycznej jest nadzór nad farmakoterapią, wzmożone działania usprawniające, przeciwdziałające postępującej niesamodzielności. Udzielane jest również wsparcie i doradztwo w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej.

Przykłady rozwiązań w innych krajach i wskazówki dla naszego systemu

Zmiana obyczajów, szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych będzie sprzyjała konieczności powstawania różnych instytucji (stacjonarnych lub otwartych) sprawujących opiekę nad osobami w wieku senioralnym. Doświadczenia innych krajów, w których odnotowano te zjawiska wcześniej niż w Polsce: Wielkiej Brytanii, Szwecji, Niemiec sprawiają, że preferowany jest rozwój opieki środowiskowej zarówno ze względów finansowych (niższe koszty), jak i społecznych.

Wielka Brytania. Nad osobami starszymi sprawuje opiekę wyspecjalizowany system, tak zwana służba geriatryczna działająca w ramach Narodowej Służby Zdrowia (NHS). Zorganizowane są dzienne szpitale geriatryczne, do których trafiają osoby bezpośrednio po leczeniu szpitalnym lub z domu w przypadku nagłego pogorszenia się stanu zdrowia. W ramach pobytu w takim oddziale świadczona jest opieka medyczna, pielęgnarska oraz rehabilitacja. Pacjent ma zapewniony codzienny transport, wyżywienie i zajęcia terapeutyczne. Najważniejszą częścią pobytu w takim oddziale jest rehabilitacja mająca na celu poprawę sprawności pacjentów w celu umożliwienia funkcjonowania w środowisku domowym. Pacjent korzysta z pobytu w szpitalu dziennym 3 do 5 razy w tygodniu. Następnie leczenie, zabiegi pielęgnacyjne i rehabilitacja są kontynuowane w warunkach domowych z udziałem wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

Obok dziennych szpitali geriatrycznych i środowiskowej opieki, są zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze świadczące swoje usługi w trybie całodobowym.

W warunkach domowych, obok opieki medycznej, otrzymywana jest pomoc socjalna. Świadczone są usługi: terapeutyczne, dostarczane są posiłki, świadczone są też usługi pralnicze, sprzątanie, zakupy, pomoc w transporcie. Organizowane jest również poradnictwo i doradztwo w sprawach socjalnych i prawnych.

Ponadto organizowana jest pomoc ochotnicza składająca się z osób w wieku przedemerytalnym na poczet otrzymania takiej samej pomocy w przyszłości. Nieformalnymi opiekunami osób starszych mogą być również członkowie rodziny wspierani

przez władze lokalne.

Wzrastająca potrzeba opieki nad osobami starszymi rodzi znaczne koszty społeczne, dlatego w Wielkiej Brytanii wprowadzono częściową odpłatność za korzystanie z domów dziennego pobytu i placówek opieki stacjonarnej.

Szwecja. Opieka nad osobami starszymi świadczona jest przede wszystkim w ich własnych mieszkaniach. W wyjątkowych sytuacjach osoby te mogą korzystać z opieki instytucjonalnej prowadzonej w specjalnych mieszkaniach lub placówkach. W warunkach domowych osoby starsze mają zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarскую i rehabilitację.

Pielęgniarki środowiskowe opracowują indywidualny zakres opieki nad osobą starszą w warunkach domowych. Do obowiązków władz lokalnych należy organizacja pomocy w pracach domowych i higienie osobistej, adaptacja mieszkań, organizacja transportu, posiłków, instalacja systemów alarmowych i utrzymywanie regularnych kontaktów między pracownikiem socjalnym i jego podopiecznym. Korzystanie z takiej pomocy jest odpłatne dla osoby w wieku podeszłym. Sumy przeznaczane na ten cel są zależne od zamożności gminy i dochodów osoby wymagającej takiej opieki.

Z uwagi na wysokie koszty opieki instytucjonalnej organizowane są również domy opiekuńcze (budynki z mieszkaniami 1- i 2-pokojowymi) z rozszerzonym zakresem usług lub domy wspólnego zamieszkania (1 mieszkanie zajmuje kilka obcych osób zamieszkujących osobne pokoje; osoby te wzajemnie sobie pomagają).

Niemcy. Pomoc dla osób starszych jest trwałym elementem polityki społecznej kraju. Pomoc osobie potrzebującej spoczywa przede wszystkim na rodzinie. Wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w 1995 roku umożliwiło opłacenie opieki nad osobą starszą w warunkach domowych czy placówkach stacjonarnych.

Pomoc oferowana w warunkach domowych dotyczy pielęgnacji ciała, odżywiania, poruszania się oraz zaopatrzenia i czynności gospodarczych. Ponadto zapewniany jest zakup sprzętu pomocniczego (np. łóżka, materace), dostosowanie mieszkania do potrzeb. Wprowadzono 3 stopnie opieki w zależności od potrzeb

osoby starszej. Ubezpieczony może korzystać z bezpośredniego świadczenia usług lub ekwiwalentu pieniężnego (w wypadku gdy rodzina przejmuję te obowiązki).

W Niemczech funkcjonują 3 typy placówek opiekuńczych: specjalne domy mieszkalne, domy dla osób nieprowadzących samodzielnie gospodarstwa domowego oraz placówki wielofunkcyjne. Preferowana jest jednak opieka pozainstytucjonalna nad osobami starszymi: półotwarta (domy dziennego pobytu i kluby dla osób starszych) i otwarta (w domu świadczeniobiorcy lub placówkach pomocy społecznej).

Zachodzące w społeczeństwie zmiany demograficzne wymagają modyfikację systemów zarówno opieki społecznej, jak i opieki zdrowotnej. Polskę, w porównaniu do innych państw członkowskich UE, problem starzenia się społeczeństwa dotknął stosunkowo późno, choć zgodnie z prognozami, proces ten zachodzić będzie w naszym kraju wyjątkowo dynamicznie. Niewątpliwą zaletą powyższej sytuacji jest możliwość obserwacji i porównania efektów wdrażania różnych rozwiązań w obszarze opieki społecznej i zdrowotnej w państwach członkowskich, które z problemem starzejącego się społeczeństwa zmagają się od lat. Analiza przykładów rozwiązań wdrożonych w państwach członkowskich UE pozwala na wysunięcie generalnego wniosku, iż działania w zakresie dostosowania systemu publicznego do zmian demograficznych obejmować muszą jednocześnie obszar opieki społecznej i zdrowotnej. Polityka dostosowania systemu publicznego do potrzeb osób starszych powinna ponadto zakładać stworzenie systemu skoordynowanych działań i przepływu informacji. Powyższe założenia dotyczące polityki opieki nad osobami w wieku 65+, choć wydają się oczywiste, rodzą wiele problemów prawnych, które stanowią poważaną barierę dla wdrożenia poszczególnych działań. Przede wszystkim problematyczne dla wielu systemów państwowych jest zapewnienie jednolitego źródła finansowania działań obejmujących jednocześnie obszar opieki społecznej i zdrowotnej. W wielu państwach bowiem, tak jak i w Polsce, obszary te koordynowane są przez oddzielne resorty działające w oparciu o oddzielne budżety. Problem koordynacji rozpoczyna się już na etapie tworzenia propozycji legislacyjnych i określania przyszłych

kompetencji i zadań. Ponadto każdy z obszarów dostosowany jest do potrzeb społeczeństwa młodego, w którym system rozróżnia jedynie dwie grupy obywateli: nieletnich i pełnoletnich.

Powyższe wpływa na trudności z budowaniem spójnej polityki zmian systemu publicznego wobec zmieniającej się sytuacji demograficznej społeczeństwa. Istotnym wsparciem merytorycznym w powyższym zakresie jest dla decydentów państw członkowskich UE praca unijnych zespołów eksperckich podejmujących temat zmian systemowych wobec problemu starzejącego się społeczeństwa Europy. W tym miejscu wskazać należy chociażby wytyczne opracowane przez Europejską Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności czy opinię dotyczącą długoterminowej opieki społecznej i deinstytucjonalizacji Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego. Na poziomie instytucji wspólnotowych oraz podmiotów doradczych opracowano także opinie i założenia w zakresie wdrożenia koordynacji opieki i opieki geriatrycznej. Powyższe opracowania i opinie nie stanowią jednak wzorca możliwego do wdrożenia w każdym systemie państwowym członków UE, mają charakter jedynie wsparcia dla tworzenia indywidulanych rozwiązań i wskazują najważniejsze założenia polityki:

- wdrożenie wspólnych rozwiązań dla obszaru opieki społecznej i zdrowotnej;
- dodatkowe finansowanie wsparcia opieki nad osobami w wieku 65+;
- koordynacja działań i procesów opieki społecznej i zdrowotnej.

Z przyczyn oczywistych trzecie założenie możliwe jest do wdrożenia jedynie w przypadku zrealizowania dwóch pierwszych. Jest to bowiem działanie polegające na łączeniu już istniejących elementów systemu opieki społecznej i zdrowotnej w zamknięty i opisany proces mający na celu poprawę efektywności wsparcia opieki nad osobami w wieku 65+. Z uwagi na fakt, iż polski system stoi na początku drogi dostosowywania polityki państwa do zmian demograficznych, niniejsze opracowanie zawiera opis działań dotyczących jedynie dwóch pierwszych ze wskazanych powyżej założeń.

Dokonanie przekształceń w opiece poprzez zmiany w zasobach strukturalnych przez modyfikacje organizacyjne i powołanie

interdyscyplinarnych geriatrycznych zespołów domowych i dziennych centrów geriatrycznych z krótkotrwałą (poniżej 1 doby) hospitalizacją poprawi diametralnie sytuację ludzi w wieku senioralnym. Wiadomo, że tylko 10-dniowa hospitalizacja powoduje u zdrowej osoby starszej obniżenie sprawności funkcjonalnej (od 30 do 65% chorych). Zdrowe osoby starsze po 10 dniach leżenia tracą 1 kg tkanki beztłuszczowej w kończynach dolnych, co powoduje spadek o 16% izokinetycznej siły prostowników kolana oraz o 12% zmniejsza się maksymalna pojemność wydechowa płuc¹⁶. W efekcie często w wyniku długotrwałej hospitalizacji pogarsza się stan funkcjonalny pacjenta powodując nasilenie jego niesprawności i niesamodzielności, niejednokrotnie doprowadzając do śmierci. Zatem, istotne jest, aby osoby w wieku podeszłym mogły jak najdłużej funkcjonować w swoim domu i otoczeniu z pełną opieką medyczną, a hospitalizacja ograniczona była tylko do bezwzględnie koniecznych, ze względu na zaawansowanie lub zaostrzenia choroby, sytuacji.

2.1.3. Wprowadzenie opieki środowiskowej

Podstawowym problemem, jaki wiąże się w Polsce z zapewnieniem opieki środowiskowej seniorom i osobom zależnym, jest rozdzielenie struktury i finansowania opieki medycznej od pomocy społecznej i – co się z tym wiąże – brak jakichkolwiek struktur prawnych i faktycznych łączących te dwie instytucje. Środowisko medyczne od dawna dostrzega zmniejszenie kosztów funkcjonowania opieki ambulatoryjnej wobec wydatków na hospitalizację pacjentów i szeroko rekomenduje takie działania, które będą wiązały się ze skierowaniem uwagi systemu właśnie na zapewnienie pacjentowi właściwej opieki w środowisku domowym. Równocześnie pracownicy pomocy społecznej dostrzegają z jednej strony własny brak kompetencji medycznych w opiece nad osobami przewlekle chorymi (pracownik socjalny nie może wykonać procedur medycznych, tj. iniekcji, zabiegów medycznych, pielęgnowania ran, zmiany opatrunków), co prowadzi do traktowania tej pomocy jako służby

¹⁶ P. Kortebein i in., *Functional impact of 10 days of bed rest in healthy older adults*, "Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences" 2008, vol. 63(10), s. 1076-1081.

domowej, a z drugiej – nieefektywność pracy pracowników pomocy społecznej, którzy z racji potrzeby dostarczenia różnych form opieki (zakupy, załatwienie spraw administracyjnych, przygotowanie posiłków), mogą objąć opieką tylko wąską grupę podopiecznych.

Rozwiązaniem zaproponowanym i wprowadzonym w niektórych krajach Europy stało się ubezpieczenie pielęgnacyjne, które zostało wprowadzone 1 stycznia 1995 roku, jest ono połączone z ubezpieczeniem zdrowotnym i daje obywatelom dodatkową ochronę ubezpieczeniową w przypadku wystąpienia potrzeby ich pielęgnacji. Podstawę prawną ubezpieczenia pielęgnacyjnego stanowi jedenasta księga Kodeksu Społecznego (SGB XI) z 26.05.1994 r. W ramach tego ubezpieczenia osoby wymagające opieki osób trzecich mogą liczyć na¹⁷:

- świadczenie pieniężne na opłacenie zorganizowanej we własnym zakresie pomocy pielęgnacyjnej;
- świadczenie wypłacane na pielęgnację częściowo stacjonarną (opiekę dzienną lub nocną) - w zależności od poziomu niesprawności;
- świadczenia na pełną opiekę szpitalną.

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.

W Polskich warunkach deinstytucjonalizacja opieki medycznej, niestety, nie przebiega tak jak w Niemczech, choć w roku 2014 pojawił się z inicjatywy przewodniczącego Senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej projekt ustawy o pomocy osobom

¹⁷ *Przewodnik dla pracowników przygranicznych z Polski, A7 Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, EURES Europejski Portal Mobilności Zawodowej, https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mta5/~edisp/16019022dst-bai450568.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI450571, (dostęp: 21.02.2016).

niesamodzielnym, który zakładał, podobnie do modelu niemieckiego, dofinansowanie osób niesamodzielných poprzez tzw. bony socjalne. Miały one w swojej istocie wspomóc możliwość finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych zarówno dla niepełnosprawnych dzieci, jak również dla osób w wieku senioralnym. Niestety, projekt ustawy nie został przyjęty do prac parlamentarnych. W roku 2015 z inicjatywy Ministerstwa Rozwoju zainicjowany został konkurs w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (w ramach programu Unii Europejskiej na lata 2010-2016) dotyczący deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej. Warto zauważyć, że projekt ten zakłada opracowanie koncepcji świadczenia takiej opieki, a nie jej wdrożenie, co ma być przedmiotem kolejnych postępowań. Można więc zaryzykować twierdzenie, że obecnie nie wdraża się w Polsce projektów zmierzających do wsparcia instytucji świadczących opiekę środowiskową w perspektywie wieloletniej, z ugruntowanym i ustabilizowanym systemem finansowania, który zapewniłby bezpieczeństwo pracy takich firm i organizacji.

Równolegle opracowywane są, na podobnych zasadach, założenia działań dotyczących deinstytucjonalizacji opieki medycznej, zakładające m.in. utworzenie dziennych domów opieki medycznej, szkolenia dla opiekunów medycznych i tzw. opiekunów losowych (np. członków rodzin osób dotkniętych niepełnosprawnością lub niesamodzielną), tworzenie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, wsparcie systemu teleopieki i doradztwa, czy wsparcie zespołów środowiskowych, szczególnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Bez wątpienia, działania te – jakkolwiek słuszne – dalekie są od pełnej funkcjonalności i nie wyczerpują wszystkich potrzeb w zakresie opieki środowiskowej, ponieważ stanowią element programu europejskiego o bardzo ograniczonym czasie finansowania. Istniejące w Polsce instytucje medycznej opieki środowiskowej skupiają się w zasadzie w dwóch dziedzinach:

- podstawowej opiece zdrowotnej (działalność lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej, pielęgniarki opieki długoterminowej);
- psychiatrycznej opiece zdrowotnej (zespoły psychiatrycznego leczenia środowiskowego).

Niestety, oba finansowane są ze środków przeznaczonych na opiekę medyczną – ze względu na brak w systemie wystarczających środków ze świadczeń pielęgnacyjno-socjalnych, przez co biorąc pod uwagę niską wysokość nakładów, trudno jest zapewnić każdemu potrzebującemu pacjentowi właściwą opiekę środowiskową.

Analiza literatury dotyczącej sprawowania opieki medycznej nad pacjentem w warunkach domowych dowodzi bezsprzecznie, że przebywanie we własnym otoczeniu domowym sprzyja dobremu samopoczuciu i bezpieczeństwu, w szczególności jeśli dotyczy to osób starszych. Zwraca się uwagę, że odpowiedzialna polityka zdrowotna adresowana do osób starszych musi dostrzegać fakt, że przebywanie osoby starszej we własnym, znanym otoczeniu (w szczególności jeśli chodzi osoby z zaburzeniami demencyjnymi) wpływa na poprawę ich samopoczucia i przy właściwym dostosowaniu otoczenia domowego do schorzenia i potrzeb takiej osoby – jakość życia pacjenta (QoL) oraz jakość leczenia¹⁸. Podobnie w przypadku osób w młodszym wieku, ale niesprawnych z innych przyczyn (np. autyzmu), integracja środowiska domowego ze sprawnym systemem teleopieki i zdalnego wsparcia opiekunów domowych wpływa korzystnie na poprawę efektów leczenia tych pacjentów¹⁹.

W konsekwencji analizy literatury i działania systemów opieki medycznej, widać wyraźnie zwiększające się zapotrzebowanie na opiekę domową, nieinstytucjonalną, sprawowaną na rzecz niepełnosprawnej populacji w każdym wieku, ale w szczególności populacji starzejącej. Pomimo istotności problemu i relatywnego zmniejszenia kosztów opieki nad pacjentem w jego środowisku vs w szpitalu, opcja ta nie zyskuje uznania w oczach decydentów. W takiej sytuacji należałoby zainteresować tą problematyką sektor wolontariatu, który, odpowiednio przeszkolony, mógłby pełnić funkcje opieki nad osobami starszymi, a także wprowadzenia semi-wolontariatu, którego zadaniem byłoby zapewnienie podstawo-

¹⁸ V. Cornell, *Community health, aged care and a stable home: An important relationship*, "Australian Nursing & Midwifery Journal" 2016, vol. 23, issue 7, s. 43.

¹⁹ S. Lindgren i in., *Telehealth and autism: treating challenging behavior at lower cost*, "Pediatrics" 2016, vol. 137, s. S167-S175.

wej opieki domowej nad pacjentami²⁰. Rozważania te dowodzą, że powszechna na świecie jest kolizja problemu połączenia konieczności zapewnienia opieki osobom niepełnosprawnym w ich środowisku z problemem zagwarantowania na takie działania środków finansowych.

Kwestią pozostaje także zdefiniowanie „wolontariatu”, z definicji powinny być to służby działające bez wynagrodzenia bądź za wynagrodzeniem symbolicznym (jak np. „pół-wolontariat” japoński). Jednak na większą skalę wydaje się to obecnie w Polsce niemożliwe.

Interesującą propozycję w organizacji opieki środowiskowej proponują źródła brytyjskie, które wskazują na rolę kościołów w zapewnieniu opieki nad osobami potrzebującymi opieki i niesamodzielnymi. Autorzy wskazują, że kościoły mają bardzo długie doświadczenie w pomocy medycznej i socjalnej, zajmowały się tym na długo przed wprowadzeniem systemów takich jak brytyjski NHS, a sama Florencja Nightingale – brytyjska pionierka pielęgniarstwa i zdrowia publicznego, była z wykształcenia teologiem. Proponuje się wprowadzenie tzw. „pielęgniarstwa parafialnego”, którego rolą byłoby zredukowanie presji osób niesamodzielnych na oczekiwania wobec systemu publicznej opieki zdrowotnej, zmniejszenie kosztów tej opieki (z racji świadczenia opieki o charakterze misyjnym), wreszcie z jednoczesnym skupieniem się na holistycznym traktowaniu potrzeb pacjenta²¹.

Jakkolwiek jednak nie traktować nowych koncepcji w opiece środowiskowej, kluczowe wydaje się wspólne podejście, zgodnie z którym staje się ona jednym z ważniejszych współczesnych wyzwań wszystkich systemów opieki zdrowotnej na świecie. Rolą organizatorów opieki zdrowotnej jest maksymalne zapewnienie pacjentom wysokiej jakości opieki pielęgnacyjnej, środowiskowej i wsparcia fachowego w ich własnym otoczeniu, co bez wątpienia wpływa nie tylko na zmniejszenie kosztów opieki medycznej, ale w odniesieniu do pacjentów w wieku senioralnym, wpływa także

²⁰ M. Hayashi, *The Japanese voluntary sector's responses to the increasing unmet demand for home care from an ageing population*, „Ageing & Society” 2016, vol. 36, issue 3, s. 508-533.

²¹ H. Wordworth, R. Moore, D. Woodhouse, *Parish nursing: a unique resource for community and district nurses*, „British Journal of Community Nursing” 2016, vol. 21, issue 2, s. 66-74.

istotnie na poczucie bezpieczeństwa i poprawę efektów leczenia. Opieka środowiskowa powinna być więc zadaniem polityki zdrowotnej państwa nie tylko na poziomie deklaratywnym, ale przede wszystkim powinna być wsparta silnym i stabilnym systemem finansowania.

2.1.4. Rekonstrukcja ośrodków opieki ambulatoryjnej dla seniorów (np. na wzór breast unitów)

Problem w zdefiniowaniu opieki dla osób 65+ na zasadzie uniwersalnej poradni specjalistycznej leży w tym, że chcąc nie chcąc wpadamy w pułapkę dublowania zadań realizowanych obecnie przez POZ. Przy określeniu zadań kompleksowych poradni specjalistycznych należy odpowiedzieć, jakie rodzaje kompleksowych poradni są obecnie potrzebne, w szczególności w kontekście potrzeb zdrowotnych grupy osób 65+.

Program opieki dla pacjentów wieku dojrzałego powinien zaczynać się od wykonania wstępnej diagnostyki (bilansu zdrowia) w celu ustalenia zasad profilaktyki drugorzędowej, ewentualnie wczesnego rozpoznania schorzeń i ich wspólnych powikłań. Etap ten winien być realizowany przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dla wszystkich pacjentów 45+. Dopiero po stwierdzeniu występowania więcej niż jednej choroby lub po ukończeniu 65 r.ż. pacjent mógłby być objęty opieką w ramach programu opieki koordynowanej realizowanej przez poradnię wieku dojrzałego. W zamian za znaczne odciążenie POZ, lekarze rodzinni musieliby zająć się zdecydowanie intensywniej profilaktyką pierwotną we wszystkich grupach wiekowych. Objęcie opieką pacjenta w ramach programu nie znosiłoby obowiązku udzielania świadczeń na co dzień przez POZ.

Zmianą organizacyjną w poradni, w porównaniu z obecną opieką, byłaby kompleksowość świadczenia, np. u pacjenta z niedokrwieniem kończyny dolnej w trakcie jednej wizyty skonsultowałby go internista, diabetolog, angiolog i chirurg, dając już wspólne, ostateczne zalecenia, co do dalszego postępowania. Konstrukcję poradni wieku dojrzałego trzeba jednak osadzić w realiach obecnych zasobów kadrowych. Grupą zawodową, która wydaje się być jeszcze niewykorzystana dostatecznie są lekarze interniści. Lekarz internista mógłby prowadzić pacjen-

tów w większości takich kompleksowych przypadków schorzeń, w razie konieczności korzystając ze wsparcia innych specjalistów w ramach AOS. Wysyłanie jednak pacjenta do specjalisty jest czynnikiem zaburzającym koncepcję terapii zgromadzonej w jednym miejscu. Po pierwsze, pacjent stosunkowo długo może czekać na taką poradę, po drugie specjalista najczęściej nie odnosi się do wielochorobowości i polipragmazji. Dlatego grupowanie specjalistów nie tylko w poradnie wg specjalizacji, ale w zespoły zgodne z zespołami chorobowymi szczególnie w wielochorobowości, wydaje się być sprawdzonym postępowaniem przyspieszającym diagnozę, włączenie prawidłowego postępowania medycznego, skrócenie okresu terapii i zmniejszenie inwalidyzacji pacjentów (te dwa ostatnie to także istotne efekty ekonomiczne).

Na lekarzu POZ i lekarzu poradni wieku dojrzałego musiałby spoczywać także obowiązek wykazywania „czujności onkologicznej”, monitorowania członków rodziny w przypadku wykrywania chorób na podłożu genetycznie dziedzicznym itd. Wydaje się, że idealną specjalnością do prowadzenia takiej poradni byłby internista z kursem geriatrycznym. Warto zastanowić się, czy w ten sposób nie będzie łatwiej zapełnić luki w zakresie wyszkolonych geriatrów. Próbując dopasować ten program do systemu finansowania NFZ, byłby to produkt typu Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (KAOS). Optymalny model finansowania musi być powiązany z realizacją programu opieki według opisanego standardu opieki dostosowanego do poszczególnego rodzaju choroby. Standard opieki określałby zakres interwencji oraz krotność maksymalną poszczególnych wizyt/badań. Prostszy system finansowania na zasadzie kapitałowej nie sprawdził się w przypadku istniejącej diabetologicznej KAOS. NFZ nie chce płacić więcej za świadczenie słabo sparametryzowane, a dotychczasowa wycena nie jest konkurencyjna dla „zwykłej” poradni specjalistycznej.

Podsumowując, Poradnia Wiek Dojrzałego działałaby w trójkącie POZ-PWD-AOS. Efektywność finansowa i organizacyjna opierałaby się o dodatkowo wyszkolonych internistów, działających według opisanych standardów diagnostyki i leczenia. Program nie dublowałby POZ ani AOS.

2.1.5. Specyfika diagnostyki u pacjentów 65+

Bezwzględnie przestrzegane powinny być warunki i odrębności badania i bilansu zdrowia osób w wieku senioralnym dokonywanych przez lekarza rodzinnego:

1. Ocena aktualnego stanu zdrowia. W ramach bilansu powinno się wykonać badania umożliwiające wykrycie najczęstszych chorób wieku podeszłego, takich jak nadciśnienie, cukrzyca, choroba wieńcowa, otyłość lub kacheksja, zaburzenia lipidowe, niewydolność nerek i inne²².
2. Badania przesiewowe w kierunku chorób nowotworowych²³:
 - u kobiet mammografia: w wieku 50-74 1x na 2 lata, kontynuacja u kobiet > 75 r. życia, które rokuja przeżycie co najmniej 10 lat;
 - kolonoskopia – jako badanie przesiewowe nie powinno być wykonywane <50 r. życia i > 74 r. życia oraz nie częściej niż co 10 lat;
 - sigmoidoskopia – w wieku 55-64 nie częściej niż co 10 lat, > 74 r. życia nie zalecana jako badanie przesiewowe;
 - badanie stolca na krew utajoną – 1x w roku (nie rzadziej niż co 2 lata).
3. Stosowanie profilaktycznych szczepień przeciw grypie i pneumokokom.
4. Przeprowadzenie oceny ryzyka pogorszenia stanu zdrowia w ciągu najbliższych 2 lat za pomocą skali VES 13.
5. Lekarz rodzinny powinien rozpoznać pacjentów wymagających całościowej oceny geriatrycznej przy użyciu skali VES 13 zaadaptowanej przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia²⁴. Pacjent, który uzyskał 3 i więcej punktów w skali VES-13 powinien zostać objęty opieką przez Interdyscyplinarny Zespół Geriatryczny.

²² C. Vogeli i in., *op. cit.*, s. 391-395.

²³ K. Szczerbińska, *Racjonalne podejście do badań przesiewowych w geriatрії*, „Geriatría” 2015, nr 3, s. 1-2.

²⁴ D. Saliba i in., *The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community*, “Journal of the American Geriatrics Society” 2001, vol. 49, issue 12, s. 1691-1699; oraz B. Bień i in., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*, „Gerontologia Polska” 2013, nr 21, s. 33-47.

2.2. Zasoby ludzkie

Promocja kierunków szkolnictwa zawodowego i studiów

Jednym z ważnych współcześnie wyzwań europejskiego systemu opieki medycznej i medyczno-społecznej jest zapewnienie właściwej liczby osób, świadczących opiekę nad pacjentami w wieku senioralnym i niesprawnymi. Takimi osobami mogą być z całą pewnością pielęgniarki, ale także opiekunowie socjalni, pomocnicy i asystenci pielęgniarscy czy terapeuci zajęciowi. W Europie mamy do czynienia z dużą różnorodnością zawodów, których przedstawiciele sprawują opiekę senioralną, co więcej – nawet w kształceniu pielęgniarek nie ma jednolitości. Absolwenci polskich kierunków pielęgniarstwa kończą uczelnie wyższe, uzyskują wykształcenie wyższe pierwszego i drugiego stopnia, podczas gdy pielęgniarki w Niemczech czy we Francji kształcą się w systemie szkolnictwa średniego, na studiach wyższych podnosząc tylko swoje kompetencje organizacyjne, zarządcze czy specjalistycznie medyczne.

Takie rozwarstwienie prowadzi do sytuacji, w której polscy absolwenci pielęgniarstwa są wysoko wykwalifikowanymi pracownikami medycznymi i jako tacy są chętnie angażowani do pracy w krajach Unii Europejskiej, co przy znacznej różnicy wynagrodzeń prowadzi do sytuacji niedostatku pielęgniarek w Polsce.

Polskie uczelnie wprowadziły do swoich systemów kształcenia na kierunku pielęgniarstwa, a szkoły średnie na kierunkach asystentów pielęgniarskich i pomocników osób starszych takie treści, które pozwalają absolwentom świadczyć opiekę senioralną na wysokim poziomie, z zapewnieniem właściwej identyfikacji potrzeb takich osób i zapewnieniem bezpieczeństwa medycznego i socjalnego.

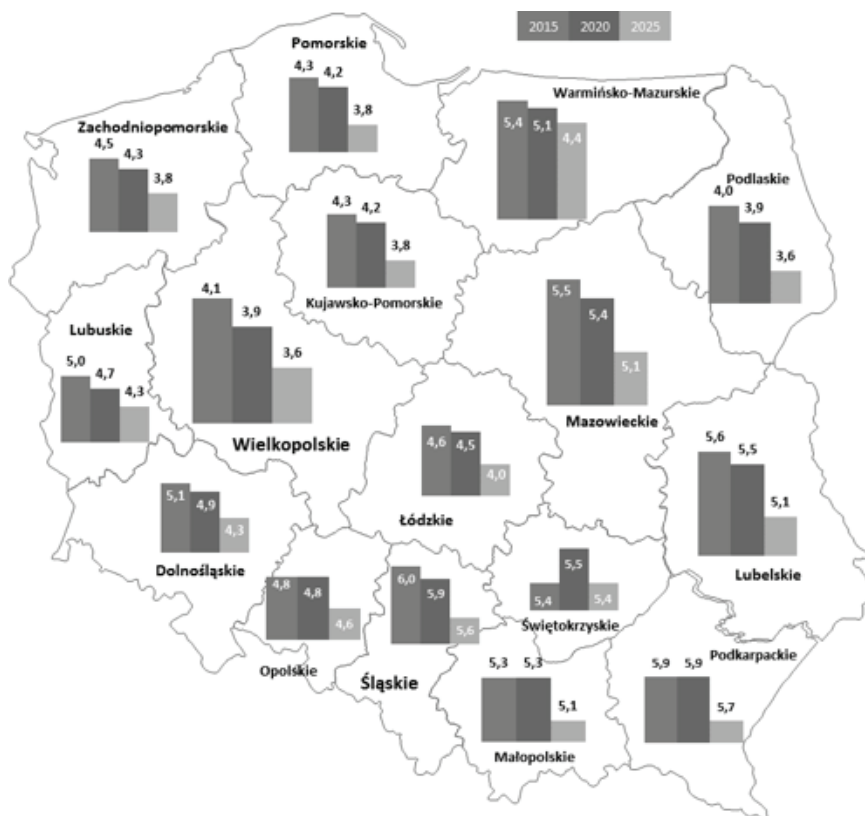
Współistnienie zawodów pielęgniarki i asystenta pielęgniarckiego w warunkach polskich szpitali doprowadziło w niektórych przypadkach do konfliktów, ponieważ w części przypadków, ze względu na niższe wynagrodzenia, asystenci zatrudnieni zostali zamiast pielęgniarek, co przedstawiciele tego zawodu odczuli jako eliminację ich z zawodu i zastępowanie tańszą alternatywą.

Okazało się jednak, że różnice pomiędzy kompetencjami pielęgniarek i asystentek pielęgniarskich, jak również uprawnień obu tych grup zawodowych, nie pozwalają na takie zastępowanie.

Analizując dokonujące się zmiany demograficzne w Polsce i w Europie trzeba także dostrzec fakt stale zmniejszającej się liczby pielęgniarek, na co bezpośredni wpływ ma nie tylko mała (w skali kraju) liczba absolwentów tego kierunku, ale także duża emigracja zarobkowa wysoko wykwalifikowanych i gotowych do pracy za granicą pielęgniarek. Z raportu opublikowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych wynika, że w Polsce w każdym województwie liczba pielęgniarek w perspektywie lat 2015-2025 zmniejszy się.

Niezwykle ważnym problemem polskim jest także wiek pracujących obecnie pielęgniarek. Z analizy NRPiP wynika, że około połowa aktywnych zawodowo pielęgniarek jest wielu 50 lat, a pielęgniarek młodych (21-35 lat) jest w każdym z województw zaledwie od 5% (woj. dolnośląskie) do 13% (woj. świętokrzyskie, podkarpackie, małopolskie, opolskie).

Biorąc więc pod uwagę zmniejszającą się perspektywnie liczbę pielęgniarek w Polsce, ich strukturę wiekową i niedostateczną zastępowalność pokoleń w tym zawodzie, należy bezwzględnie dążyć do stałego zwiększania jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwa we wszystkich uczelniach, zwiększania liczby absolwentów, a także promocji kształcenia na kierunkach, które będą wspierały funkcje pielęgnowania pacjentów w wieku senioralnym, tzn. asystentów pielęgniarskich i opiekunów medycznych, z zachowaniem ich odrębności zawodowej i niekonfliktowaniu kompetencji z pielęgniarstwem. Tylko takie podejście do tego problemu pozwoli na przygotowanie się na nadchodzące wyzwania demograficzne, związane ze starzeniem się społeczeństwa polskiego.



Wykres 7. Prognozowane wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2015-2025 z podziałem na województwa

Źródło: Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Raport NRPI, Warszawa, maj 2015, s. 33.

2.3. *Leki quo vaditis?* Zmiana polityki lekowej wobec seniorów

Krajowy rynek leków

Polska jest 6 największym rynkiem farmaceutycznym w Europie pod względem wartości sprzedanych leków. W 2010 r. osiągnął on wartość 20,1 mld PLN. Biorąc pod uwagę wartość sprzedaży, rynek apteczny leków na receptę stanowił 67% całego rynku farmaceutycznego, rynek apteczny leków OTC oraz rynek szpitalny – odpowiednio 19,2% i 13,9%. Wydatki na

leki na jednego mieszkańca w Polsce są jednymi z najniższych w Europie. W 2010 r. wynosiły one 114 EUR/rok, co stanowiło 52% średnich wydatków na leki na osobę w Europie. Udział wydatków na leki w łącznych wydatkach na opiekę zdrowotną jest wysoki w porównaniu do bardziej rozwiniętych rynków, co wynika z niskiego poziomu całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną. Podobnie poziom współpłacenia pacjenta jest jednym z najwyższych – w odniesieniu do wszystkich leków wynosi on 67% – podczas gdy w innych krajach europejskich waha się między 25% a 49%. Polska przoduje w udziale w sprzedaży leków generycznych – w 2010 r. kształtował się on na poziomie 66%, w ujęciu wartościowym dla całego rynku aptecznego (leki na receptę i leki bez recepty). Średnia cena leku w Polsce stanowi 44% ceny europejskiej, co jest wynikiem dużego udziału leków generycznych, małej dostępności leków innowacyjnych oraz presji cenowej w obszarze leków refundowanych. Niższe są ceny zarówno leków oryginalnych, jak i generycznych. W ostatnich kilku latach cena jednostkowa leku systematycznie spadała, wzrost rynku był jednak możliwy m.in. dzięki nowo wprowadzanym w tym czasie produktom i przestawianiu się na droższe terapie. Na krajowym rynku farmaceutycznym (z wyłączeniem leków bez recepty) dominują produkty importowane²⁵. Udział krajowych generyków w 2014 r. w kwocie refundacji wynosił 27,1%, zaś w liczbie zrefundowanych dni terapii 44,3%. Kwota refundacji w przeliczeniu na jeden dzień terapii jest w ich przypadku znacząco niższa w porównaniu z importowanymi odpowiednikami i pozostałymi lekami. Ustawa refundacyjna z 2011 roku bardzo zmniejszyła wydatki NFZ na refundację leków w porównaniu do lat wcześniejszych, głównie za sprawą negocjacji cenowych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia z producentami. Producenci krajowych leków generycznych uczestniczyli w obniżce cen podobnie jak inne firmy, co pociągnęło spadek ich przychodów (szacowany na 513 mln zł w latach 2012-2014)²⁶.

²⁵ *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki. Raport*, PwC, Warszawa 2011.

²⁶ *Analiza rynku leków generycznych w systemie refundacyjnym*, Sequence, Warszawa 2015.

Leki oryginalne i generyczne, leki biopodobne, innowacyjność w farmacji

Lek generyczny (odtwórca) jest produktem leczniczym posiadającym taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych, taką samą postać farmaceutyczną jak referencyjny produkt leczniczy, a jego biorównoważność wobec leku referencyjnego została potwierdzona odpowiednimi badaniami biodostępności. Dostępność biologiczna (biodostępność) jest definiowana jako ułamek dawki leku jaki przechodzi do krążenia ogólnego po pozanaczyniowym podaniu leku. Przyjmuje się, że po dożylnym podaniu leku wynosi ona 1 (100%), natomiast po pozanaczyniowym podaniu jest mniejsza od jedności. Spowodowane jest to m.in. niecałkowitym uwalnianiem leku z danej postaci, niecałkowitym jego wchłanianiem z miejsca podania bądź efektem pierwszego przejścia przez wątrobę. Celem badania równoważności biologicznej (biorównoważności, bioekwiwalencji) jest porównanie leku generycznego z oryginalnym pod względem wielkości i szybkości wchłaniania substancji czynnej do krwi za pomocą parametrów farmakokinetycznych (pole powierzchni pod krzywą zależności stężenia od czasu, *area under curve*, AUC, stężenie maksymalne we krwi – $c_{\max}$ i czas do jego osiągnięcia – $t_{\max}$). Wyniki porównania mieszczące się w przedziale 0,8-1,25 (80-125%), świadczą o spełnionym kryterium równoważności biologicznej²⁷.

W odróżnieniu od konwencjonalnych leków chemicznych, które powstają w oparciu o syntezę nowych molekuł, struktura chemiczna cząsteczek wchodzących w skład leków biologicznych jest znacznie bardziej złożona. Dodatkowo leki biologiczne ze względu na to, że powstają z wykorzystaniem żywych organizmów, a nie procesów chemicznych, nigdy nie zawierają jednej ściśle określonej cząsteczki, ale są w rzeczywistości mieszaniną bardzo podobnych do siebie cząsteczek. Leki biopodobne nie są identyczne z referencyjnymi lekami biologicznymi, bowiem poszczególne serie produktów oryginalnych również nie są identyczne, muszą one jednak wykazywać takie same właściwości

²⁷ J. Splawiński, *Leki generyczne: znaczenie badania biorównoważności*, „Terapia” 2013, nr 2, s. 9- 24.

terapeutyczne²⁸. Pierwszym lekiem zarejestrowanym jako biopodobny w USA oraz w Europie w 2006 r. był ludzki hormon wzrostu, somatotropina.

Innowację w farmacji określa się jako postęp technologiczny, prowadzący do stworzenia nowego produktu, podniesienia wartości terapeutycznej produktu istniejącego (poprzez np. wprowadzenie nowego wskazania terapeutycznego dla istniejącego leku czy opracowanie nowej drogi podawania lub sposobu dawkowania leku) oraz obniżenia kosztów wytwarzania (innowacyjność produkcji)²⁹. Określenia „leki innowacyjne” często używa się jako synonimu dla tzw. leków oryginalnych, czyli wprowadzanych po raz pierwszy na rynek przez określoną firmę pod zastrzeżoną nazwą i chronionych patentami. Tak wąskie rozumienie tego pojęcia jest błędem. Wyróżnia się dwa poziomy innowacji – innowacje radykalne (polegające na opracowaniu nowych związków chemicznych lub nowego sposobu leczenia określonej jednostki chorobowej) i innowacje inkrementalne (udoskonalające)³⁰. Łączny koszt wprowadzenia leku na rynek przekracza wartość 1 mld EUR, a proces ten może trwać nawet do 13 lat (badania przedkliniczne – 286 mln EUR, faza I – 87 mln EUR, faza II – 137 mln EUR, faza III – 344 mln EUR, zatwierdzenie leku – 50 mln EUR, badanie bezpieczeństwa terapii, faza IV – 152 mln EUR)³¹. W związku z obserwowanym na świecie trendem zmniejszania się liczby rejestrowanych nowych leków innowacyjnych, wzrasta udział innowacji niższego rzędu w ogólnej liczbie rejestrowanych innowacji.

²⁸ European Medicines Agency, *Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: non-clinical and clinical issues*, London 2015.

²⁹ Strategia rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego do roku 2030, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2014; oraz I. Skrzekowska-Baran i in. *Nagradzanie innowacyjności versus leki generyczne*, [w:] K. Łanda (red.), *Pricing. Ceny leków refundowanych, negocjacje i podział ryzyka*, CEESTAHC, Kraków-Warszawa 2009, s. 213-242.

³⁰ *Incremental innovation: Adapting to patient needs*, International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, www.ifpma.org.

³¹ *The Pharmaceutical Industry in Figures*, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, Brussels 2010.

Poniżej przedstawiono przykłady innowacji udoskonalających w dziedzinie leków generycznych:

- nowe formy podania leków: tabletki do żucia, tabletki szybko rozpadające się w jamie ustnej;
- wielodawkowe krople do oczu bez środka konserwującego;
- nowe kombinacje (dwie lub więcej substancji aktywnych w jednej tabletce);
- iniekcje o modyfikowanym uwalnianiu (podanie raz na miesiąc lub raz na trzy miesiące);
- maskowanie smaku;
- kapsułki żelatynowe miękkie typu *twist off*,
- *ready to use* – infuzje gotowe do podania w leczeniu szpitalnym;
- innowacyjne systemy uwalniania substancji czynnej, zapewniające bardziej powtarzalny profil jej uwalniania do organizmu;
- innowacyjny skład formy gotowej wielu leków, pozwalający otrzymać tabletki o znacznie mniejszych wymiarach³².

Innowacje te podnosząc chociażby komfort terapii, przyczyniają się do lepszego stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich (*compliance*), co przekłada się na zwiększenie efektywności terapii.

Warto podkreślić, że sektory farmaceutyczny i biotechnologiczny zajmują pierwszą pozycję w rankingu najbardziej innowacyjnych sektorów w Europie – na B&R przeznaczają one bowiem 15,9% przychodów³³.

Ceny leków w Polsce i odpłatność pacjenta po wejściu w życie ustawy refundacyjnej

Ustawa z 2011 r. wprowadza następujące określenia cen leków:

- cena zbytu netto (CZN) – cena sprzedaży produktu do podmiotów uprawnionych do obrotu, nieuwzględniająca VAT;
- urzędowa cena zbytu (UCZ) – CZN + VAT (8%);
- cena hurtowa (CH) – UCZ powiększona o urzędową marżę hurtową (5%);

³² J. Fundowicz, *Innowacyjność krajowego przemysłu farmaceutycznego a bezpieczeństwo leków*, [w:] *Bezpieczeństwo farmaceutyczne Polski. Raport*, Producenci Leków PL Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Warszawa 2015.

³³ Komisja Europejska, The 2010 EU Industrial R&D Investment Scoreboard.

- cena detaliczna (CD) – UCZ powiększona o urzędową marżę hurtową i urzędową marżę detaliczną; marża detaliczna jest naliczana w sposób degresywny od ceny hurtowej produktu stanowiącego podstawę limitu w danej grupie limitowej.

Ustawa wyróżnia również kategorie dostępności refundacyjnej:

- produkt dostępny w aptece na receptę (w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym – *off label*);
- produkt dostępny w programie lekowym;
- produkt dostępny w chemioterapii.

Grupa limitowa jest definiowana jako grupa produktów (leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (ŚSSPŻ), wyrobów medycznych) objętych wspólnym limitem finansowania; grupa taka składa się z różnych aktywnych części (o różnych nazwach międzynarodowych), lecz o zbliżonym mechanizmie działania lub powodujących podobny efekt zdrowotny w tym samym wskazaniu.

Podstawą limitu jest cena hurtowa produktu dopełniającego dolne 15% obrotu w DDD po uszeregowaniu produktów wg malejącej ceny za DDD za okres poprzedzający o 3 miesiące ogłoszenie obwieszczenia.

DDD, definiowana dawka dobową (*defined daily dose*), to średnia dobową dawka leku ustalona przez Światową Organizację Zdrowia.

Lek, ŚSSPŻ, wyrób medyczny na receptę jest wydawany pacjentowi:

- bezpłatnie (nowotwory złośliwe, zaburzenia psychiatryczne, upośledzenie umysłowe lub zaburzenia rozwojowe, choroby o szczególnym zagrożeniu epidemiologicznym);
- za odpłatnością ryczałtową (koszt miesięczny produktu stosowanego krócej niż 30 dni przekracza 30% minimalnego wynagrodzenia przy 50% odpłatności pacjenta bądź koszt miesięczny produktu stosowanego dłużej niż 30 dni przekracza 5% minimalnego wynagrodzenia przy 30% odpłatności pacjenta);
- za odpłatnością w wysokości 30% (koszt miesięczny produktu stosowanego dłużej niż 30 dni nie przekracza 5% minimalnego

- wynagrodzenia przy 30% odpłatności pacjenta);
- za odpłatnością w wysokości 50% (koszt miesięczny produktu stosowanego krócej niż 30 dni nie przekracza 30% minimalnego wynagrodzenia przy 50% odpłatności pacjenta).

Pacjent dopłaca też różnicę pomiędzy lekiem a ceną detaliczną. Lek, ŚSSPŻ, wyrób medyczny stosowane w ramach programów lekowych lub chemioterapii są wydawane pacjentowi bezpłatnie³⁴.

Bezpieczeństwo farmaceutyczne Polski

Przez bezpieczeństwo farmaceutyczne należy rozumieć dostępność leków dla pacjentów, jak i możliwość ich zakupu poprzez oferowanie leków w przystępnych cenach³⁵. Niewystarczające finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce jest główną barierą ograniczającą dostęp pacjentów do leków. W Polsce osiągalnych jest 48% leków innowacyjnych dostępnych w Niemczech czy Wielkiej Brytanii. W latach 2001-2010 zostało złożonych do Ministerstwa Zdrowia 220 wniosków o refundację leków innowacyjnych, a przeciętny okres oczekiwania na decyzję refundacyjną wynosił 30 miesięcy. Udział pacjenta w finansowaniu leków jest w Polsce znacznie wyższy niż w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej oraz krajach bardziej rozwiniętych³⁶.

Najistotniejszym wyzwaniem dla bezpieczeństwa farmaceutycznego Polski jest starzenie się społeczeństwa. Według prognozy GUS, do roku 2050 liczba osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie o 5,4 miliona w porównaniu do 2013 r. Wówczas będą one stanowiły prawie 1/3 populacji³⁷. Oznacza to, że zapotrzebowanie na farmaceutyki w najbliższych latach będzie systematycznie rosło, gdyż konsumpcja leków jest największa wśród osób w starszym wieku. W badaniu sondażowym 90,3% osób w wieku

³⁴ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, (Dz.U. 2011 nr 122 poz. 696).

³⁵ J. Gryglewicz, *Krajowy przemysł gwarantem bezpieczeństwa farmaceutycznego Polaków*, [w:] *Bezpieczeństwo farmaceutyczne Polski. Raport*, Producenci Leków PL Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Warszawa 2015.

³⁶ *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki. Raport...*, op. cit.

³⁷ *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014.

70 lat i więcej zażywało leki w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie, podczas gdy w przedziale wiekowym 20-29 lat odsetek ten nie przekraczał 40%³⁸. Konsekwencją będzie konieczność pokrywania kosztów refundacji leków przez budżet państwa przy równoczesnym spadku liczby osób w wieku produkcyjnym, płacących składki zdrowotne.

Szansę sprostania skutkom kryzysu demograficznego w zakresie bezpieczeństwa lekowego ma jedynie wzmocnienie roli krajowego przemysłu farmaceutycznego.

- Gwarantuje on pacjentom dostępność podstawowych terapii poprzez wprowadzanie tańszych odpowiedników leków oryginalnych tracących ochronę patentową. Obecnie leki krajowej produkcji pokrywają prawie 50% potrzeb terapeutycznych, podczas gdy Narodowy Fundusz Zdrowia przeznacza na nie jedynie 27% budżetu na refundację, którym dysponuje.
- Ceny leków proponowane przez krajowy przemysł są najczęściej konkurencyjne w stosunku do cen producentów zagranicznych, dzięki czemu NFZ jest w stanie zapewnić optymalny dostęp do farmakoterapii, która *notabene* jest najefektywniejszą kosztowo formą leczenia.
- Może on przejąć odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa farmaceutycznego, również w razie wystąpienia kryzysu. Rodzimi wytwórcy utrzymują produkcję kilkudziesięciu nierenotownych produktów, wśród nich są leki niezbędne dla ratowania życia i zdrowia, takie jak adrenalina, rifampicina, propafenon czy niektóre kortykosteroidy.
- Daje lepsze możliwości nadzoru.

Tymczasem w chwili obecnej warunki rozwoju branży farmaceutycznej w naszym kraju nie są sprzyjające. Wpływają na to:

- niepewne otoczenie prawne i ekonomiczne;
- stały wzrost kosztów wytwarzania;
- polityka cenowa.

Obserwowana w ostatnich latach erozja cen leków wytwa-

³⁸ A. Baran, *Narodowy rachunek zdrowia – wydatki na ochronę zdrowia (1999, 2004, 2005 i 2006)*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.

rzanych przez krajową branżę spowodowała niebezpieczny spadek jej przychodów³⁹.

Nie sposób nie wspomnieć w tym miejscu o korzystnym i wielopłaszczyznowym wpływie lokalnego sektora farmaceutycznego na gospodarkę. Przede wszystkim zapewnia on pacjentom dostęp do zaawansowanych terapii. Kwotę refundacji równoważą wpływy do budżetu państwa (podatki, składki ZUS oraz inne świadczenia) generowane przez przemysł krajowy, które w 2013 r. wynosiły 2,4 mld zł⁴⁰. Oznacza to, że pieniądze wydawane na refundację krajowych leków *de facto* wracają do budżetu państwa. Przychody zaś uzyskiwane w obrębie tego sektora są reinwestowane w najbardziej korzystny sposób, tj. w innowacyjność.

W 2015 r. opublikowane zostało Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które zawierało aż 257 pozycji⁴¹. Od 2012 r., tj. od wejścia w życie ustawy refundacyjnej byliśmy bowiem świadkami zjawiska niekontrolowanego wywozu z Polski leków importowanych, objętych refundacją.

Ministerstwo Zdrowia prowadząc skuteczną politykę mającą na celu obniżenie cen leków przez producentów do poziomu najniższego w Europie spowodowało niejako wystąpienie sytuacji, w której aptekom i hurtowniom farmaceutycznym często bardziej opłaca się sprzedaż tych leków z zyskiem za granicę (tzw. odwrócony łańcuch dystrybucji)⁴².

³⁹ J. Gryglewicz, op. cit.

⁴⁰ *Wkład innowacyjnego przemysłu farmaceutycznego w rozwój polskiej gospodarki. Raport...*, op. cit.

⁴¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2015 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, (Dz. Urz. Min. Zdr. 2015 poz. 69).

⁴² J. Gryglewicz, op. cit.

Lekowa polityka senioralna

9 lutego 2016 r. Rada Ministrów przyjęła projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadzającej między innymi bezpłatne leki dla osób po 75 roku życia. Projekt ma na celu wsparcie seniorów, którzy znaczą część emerytury przeznaczają na zakup leków.

Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne szczególnie związane z terapią schorzeń wieku podeszłego znajdują się na odrębnej liście refundacyjnej zwanej wykazem „S”. Pierwszy tego typu wykaz Minister Zdrowia ma ustalić do 1 września 2016 r.

Do wypisywania recept na bezpłatne leki i wyroby medyczne dla osób starszych będą uprawnieni wyłącznie lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu, którzy zaprzestali wykonywania zawodu i wystawili receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych w linii prostej lub rodzeństwa.

Ministerstwo deklaruje, że po wejściu w życie powyższej ustawy wydatki na leki refundowane osób po 75 roku życia zmniejszą się o ponad 40% w 2016 r., a wraz ze wzrostem finansowania projektu w kolejnych latach – o ponad 60%.

Ministerstwo Zdrowia powołuje się na zasady refundacyjne dotyczące szczególnie chronionych grup społecznych obowiązujące w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej. Nieodpłatnie lub za niewielką odpłatnością do pewnej odgórnie określonej, nieprzekraczalnej granicy dostępne są medykamenty m.in. w Belgii, Hiszpanii, Grecji, Wielkiej Brytanii czy Niemczech. Bezpłatne leki przysługują seniorom w Grecji i Belgii. Opłat za leki nie ponoszą emeryci i osoby niepełnosprawne w Hiszpanii, a w Wielkiej Brytanii – osoby, które ukończyły 60 rok życia oraz osoby o niskich dochodach korzystające z pomocy społecznej. W Niemczech za leki nie płacą m.in. obywatele korzystający z pomocy społecznej.

W związku z ograniczeniami finansowymi, wielu starszych pacjentów nie wykupuje przepisanych leków. Zjawisko to może skutkować jeszcze poważniejszym pogorszeniem stanu zdrowia i wzrostem kosztów ewentualnych hospitalizacji, spowodowany-

mi zaniechaniem farmakoterapii. Niewątpliwą korzyścią płynącą z projektu będzie zatem wzrost dostępu do leków osób po 75 roku życia, możliwy dzięki odciążeniu ich budżetu od części wydatków na nie przeznaczanych. Długofalowym efektem powinna więc być poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób starszych.

Należy jednak pamiętać, że oprócz niewątpliwych korzyści, program niesie ze sobą również pewne zagrożenia. Wśród nich należy wymienić ryzyko nadużyć, obciążenie finansowe dla budżetu i trudność w sporządzaniu list refundacyjnych⁴³ (16, 17).

2.4. Alternatywne strumienie finansowania w opiece zdrowotnej 65+

Problem starzenia się społeczeństwa dotyczy praktycznie całego kontynentu europejskiego. Jeżeli weźmiemy pod uwagę stosunek liczby ludności, która przekroczyła 80 rok życia w stosunku do osób w wieku produkcyjnym, spośród wszystkich jesteśmy najstarszym kontynentem na świecie. Zgodnie z raportem EY do 2060 roku liczba mieszkańców Unii Europejskiej powyżej 65 roku życia wzrośnie o blisko 60%, z obecnych 93 mln do 148 mln. W Polsce proces starzenia się społeczeństwa jest jeszcze bardziej widoczny, ponieważ liczba osób 65+ do 2060 r ulegnie podwojeniu, z obecnych 5,5 mln do 11 mln. Oznacza to, że udział populacji w wieku poprodukcyjnym w stosunku do populacji w wieku produkcyjnym zwiększy się trzykrotnie!

Te dane każą nam bardzo krytycznie ocenić stopień gotowości do zarządzania tymi zmianami i przygotowania się do nadchodzącej struktury demograficznej.

W chwili obecnej możemy z całą pewnością stwierdzić, że brakuje w Polsce dedykowanego strumienia pieniędzy zabezpieczającego osoby starsze i ich potrzeby, zwłaszcza w sytuacji ich braku wydolności i konieczności dodatkowej opieki ze strony osób

⁴³ Ministerstwo Zdrowia, Rząd przyjął projekt ustawy wprowadzającej bezpłatne leki dla seniorów, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/rzad-przyjal-projekt-ustawy-wprowadzajacej-bezplatne-leki-dla-seniorow/>; oraz Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12280103> (dostęp: 10.04.2016).

trzecich. Wydłużanie się wieku przeżycia oraz, niekoniecznie idące w parze z tym, wydłużanie się ilości lat przeżywanych w dobrym zdrowiu (QUALY), powoduje konieczność zabezpieczenia godnego funkcjonowania osób starych i niedołącznych. Potrzeba ta jest tym większa, że skorelowana jest z zanikaniem wielopokoleniowego modelu rodziny, w którym funkcje opiekuńcze pełnili członkowie najbliższej rodziny. Rozpad modelu rodziny wielopokoleniowej, tempo życia, zwiększona mobilność osób młodych, rozwój technologii komunikacyjnych i zmiana sposobów komunikacji międzyludzkiej, uwzględniająca wykorzystanie technologii informatycznych, powoduje zwiększający się poziom zagubienia, wy/odizolowania oraz samotności, a co za tym idzie, wzrost ilości problemów psychicznych i psychiatrycznych oraz narastającą bezradność i nieprzystosowanie ludzi starych.

Z drugiej strony musimy pamiętać, że w okres starości będą wchodziły pokolenia, które dużo lepiej, niż obecni seniorzy, radzą sobie z komunikacją elektroniczną i nowinkami technicznymi. Można potraktować to jako szansę na stworzenie nowych kanałów komunikacji i opieki nad starszymi.

W poprzednich rozdziałach zostały omówione korzyści wynikające z metod zwiększania socjalizacji osób starych.

Wszystkie wspomniane wyżej czynniki oraz występująca w wieku starczym wielochorobowość wymagająca polipragmazji i zwiększające się zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną, rehabilitację i opiekę pielęgnacyjną skłaniają ku konieczności rozważenia optymalnych sposobów zabezpieczenia finansowania potrzeb osób starych i niedołącznych. Wszyscy eksperci podkreślają związane z demografią i starzeniem się społeczeństwa zwiększanie się kosztów opieki zdrowotnej. Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia pokazuje, że średnie wydatki na osobę w wieku powyżej 65 r.ż. są sześciokrotnie większe niż na osobę w wieku lat 30 i blisko trzykrotnie większe niż dla osób w wieku do 65 r.ż. Oznacza to drastyczny wzrost kosztów opieki zdrowotnej wraz ze zmieniającym się udziałem seniorów w populacji.

Warto również pamiętać, że w wielu przypadkach gospodarstwo osoby starej to gospodarstwo singlowe o niskim przychodzie na osobę. Istotne jest także, aby pamiętać, że rosnący współczyn-

nik osób w wieku poprodukcyjnym zwiększy znacząco obciążenia przypadające w systemie na osoby pracujące, które będą jedynym *de facto* źródłem środków finansowych na pokrywanie potrzeb seniorów – zarówno w zakresie emerytur, jak i opieki zdrowotnej.

Dlatego też rozpatrując możliwość zabezpieczenia potrzeb seniorów w społeczeństwie, biorąc pod uwagę realizację świadczeń zarówno emerytalnych, jak i zdrowotnych oraz opieki długoterminowej, konieczne jest łączne postrzeganie wyzwań sektorów opieki społecznej i ochrony zdrowia. Ich zadania w zakresie opieki nad seniorami zwłaszcza w aspekcie opieki długoterminowej natchodzą na siebie wzajemnie. Jednocześnie z obserwacji wynika, że pojawianie się ograniczeń w dostępie do opieki społecznej, prowadzi do wzrostu długoterminowych hospitalizacji osób starszych.

Oznacza to zarówno konieczność zwiększenia nakładów publicznych na opiekę zdrowotną, prac nad zabezpieczeniem emerytalnym, jak i poszukiwanie efektywnych niepublicznych źródeł finansowania opieki zdrowotnej oraz konieczność upowszechnienia tzw. systemów trzeciofilarowych w zakresie emerytur.

Niezbędna jest reorganizacja struktury systemu ochrony zdrowia. Absolutną koniecznością jest przeniesienia nacisku na działania z zakresu zdrowia publicznego, a w szczególności na prewencję chorób oraz działania prozdrowotne i profilaktyczne. Jest to bardzo trudne, ponieważ, w sytuacji permanentnego niedofinansowania ochrony zdrowia, decydenci starają się dedykować środki na działania dające efekty tu i teraz. Konieczne jest zaangażowanie – oprócz środków publicznych – pracodawców, organizacji pozarządowych, jak i samych zainteresowanych. Środki włożone w poprawę zdrowia osób znajdujących się obecnie w wieku produkcyjnym zaowocują zdecydowaną poprawą sytuacji dopiero za kilka lat.

Kolejnym tematem jest poszukiwanie środków na finansowanie opieki długoterminowej, na którą zapotrzebowanie wraz ze starzeniem się społeczeństwa będzie rosło w drastyczny sposób.

Coraz częściej wśród ryzyk wymienianych jako ryzyka społeczne związane ze starzeniem się społeczeństwa, poza chorobą i starością, pojawia się oddzielnie traktowane ryzyko starczego niedołęstwa. Powodem tego jest dynamiczny wzrost wydatków na

osoby stare związanych z niedołęstwem i potrzebą zabezpieczenia pomocy w życiu codziennym. Oznacza to potrzebę zapewnienia dodatkowych środków i infrastruktury, dodatkowo do istniejącego już zabezpieczenia wynikającego z wypłacanej emerytury/renty i świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych publicznymi środkami. Niedołęstwo starcze nie może być traktowane i nie zawsze związane jest z konkretną chorobą, często jest wynikiem procesów starzenia, a jego zabezpieczenie wymaga tzw. opieki długoterminowej, czyli zapewnienia w pierwszej kolejności pielęgnacji, a dopiero później świadczeń opieki zdrowotnej.

Co to jest opieka długoterminowa? Obejmuje ona szereg usług mających na celu zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i higieny osobistej danej osoby podczas krótkiego lub dłuższego okresu czasu. Usługi te pomagają ludziom żyć tak samodzielnie i bezpiecznie jak to możliwe, w sytuacji, gdy nie mogą już wykonywać codziennych czynności na własną rękę. Najczęstszym rodzajem opieki długoterminowej jest pomoc w codziennych czynnościach, zwanych także „czynnościami życia codziennego”. Działania te obejmują kąpiel, ubieranie, korzystanie z toalety, jedzenie oraz poruszanie się – na przykład, wstanie z łóżka.

Opieka długoterminowa jest w różnych miejscach świadczona przez różnych opiekunów, w zależności od potrzeb danej osoby. Większość opieki długoterminowej świadczona jest w domu członków rodziny. Opiekę długoterminową świadczą także domy opieki, pracownicy opieki społecznej i pielęgniarzy oraz zakłady lecznicze itd. Usługi te mogą być świadczone bezpłatnie lub za opłatą. Raport „Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość” (pod redakcją Adama Kozierkiewicza) proponuje następującą definicję: „Zgodnie z definicją przyjętą przez Ministerstwo Zdrowia, opieka długoterminowa (OD) dotyczy osób przewlekle i obłożnie chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece (czyli możliwości samodzielnego zadbania o siebie), uniemożliwiając im niezależne/samodzielne funkcjonowanie w swoich domach. Osoby te wymagają codziennej, a nieraz i całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki, pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia.”

Autor analizuje we wspomnianej pracy działalność placówek opieki długoterminowej oraz wpływ organizacji i finansowania publicznej opieki zdrowotnej na funkcjonowanie placówek opieki długoterminowej w Polsce: „(...) stwierdza się niewielkie różnice pomiędzy pacjentami przebywającymi w ZOL i ZPO oraz w DPS dla przewlekłe somatycznie chorych. Przy jednoczesnym braku zdecydowanych kryteriów kierowania pacjentów do poszczególnych form opieki długoterminowej i ich wzajemnym uzupełnianiu się, postanowiono zanalizować łącznie zasoby pomocy społecznej i opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej. Wspólne rozpatrywanie zasobów DPS i opieki długoterminowej w ramach opieki zdrowotnej prowadzi do wniosku, że od 1999 roku obserwowany jest szybki rozwój stacjonarnej opieki długoterminowej. Odbywa się on równolegle z redukcją łóżek tzw. ostrej opieki szpitalnej. (...) Zmiana ustawy o pomocy społecznej w 2004 roku wprowadzając współpłacenie rodziny za pobyt mieszkańca w DPS, spowodowała skrócenie listy oczekujących na przyjęcie do tego typu placówek. Jednocześnie zaobserwowano przerzucanie kosztów leczenia przewlekłe chorych na ZOL, ZPO i oddziały dla przewlekłe chorych. W efekcie to zjawisko przyczyniło się do wzrostu zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej w ramach opieki zdrowotnej skutkując zwiększeniem zasobów szpitalnych oddziałów dla przewlekłe chorych w roku 2004 i 2005. Zatem pacjenci, którzy przedtem byli przyjmowani do DPS dla przewlekłe chorych lub do ZOL, w roku 2004 często byli kierowani do szpitalnych oddziałów dla przewlekłe chorych, co niewątpliwie łączyło się z ogólnym zwiększeniem kosztów opieki. Różnice w liczbie placówek poszczególnych typów w różnych województwach stwierdzone w analizie szczegółowej są dowodem spontanicznej odpowiedzi na zmiany prawne i motywacje płynące z kontraktowania przez NFZ.”

W zakresie finansowania opieki długoterminowej w polskim systemie opieki społecznej funkcjonują także środki finansowe wypłacane bezpośrednio osobie potrzebującej takiej opieki. W chwili obecnej w polskim systemie funkcjonuje równolegle zasiłek i dodatek pielęgnacyjny. Tytuły do pobierania tych świadczeń wykluczają się wzajemnie. Wysokość zasiłku pielęgnacyjnego wynosi 153,00 zł miesięcznie. Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu

częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje: niepełnosprawnemu dziecku, osobie niepełnosprawnej o znacznym stopniu niepełnosprawności w wieku powyżej 16 roku życia oraz osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia.

Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia.

Dodatek pielęgnacyjny od 1 marca 2015 r. wynosi 208,17 zł miesięcznie. Kwota dodatku jest podwyższana przy zastosowaniu wskaźnika waloryzacji emerytur i rent. Dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyznaje dodatek pielęgnacyjny z urzędu. Od tego czasu osoby uprawnione nie mogą pobierać zasiłku pielęgnacyjnego z pomocy społecznej. Z punktu widzenia rozważań na temat zabezpieczenia osób starych istotne jest świadczenie dodatku pielęgnacyjnego. Niestety, jego wysokość sprawia, że środki te są dalece niewystarczające na zapewnienie efektywnej opieki nad osobą niedołązną i niepełnosprawną.

Notowane w wielu krajach działania mające na celu zapewnienie publicznych środków na finansowanie opieki nad osobami starymi są niewystarczające zarówno ze względu na wielkość środków, jak i zakres opieki oferowany przez państwo. Dobrym kierunkiem może być wsparcie prywatnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych, które mają zabezpieczyć te potrzeby. Ubezpieczenia te zostaną omówione poniżej.

Ryzyko śmierci, wypadku, choroby i niewydolności starczej to klasyczny zakres zabezpieczenia, oprócz państwa, czyli systemów ubezpieczeń społecznych, także przez ubezpieczenia komercyjne.

Charakterystyczną cechą rynku ubezpieczeń komercyjnych jest dostosowywanie się do potrzeb potencjalnych klientów. Starzenie się społeczeństwa z dużym prawdopodobieństwem wymusi na tym rynku daleko idące zmiany. Mogą one dotyczyć zarówno modyfikacji produktowych, jak i cenowych. Wraz ze zmianami w strukturze demograficznej społeczeństwa pojawią się nowe zakresy i rodzaje ochrony. Już w chwili obecnej widoczne są zmiany w istniejących produktach, np. polegające na podniesieniu wieku rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i maksymalnego wieku, w którym klient jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową. Starzenie się społeczeństwa spowoduje zmiany w kalkulacji ceny ryzyka i składki ubezpieczeniowej. Możemy oczekiwać zarówno pojawienia się zupełnie nowych produktów lub rozwoju już istniejących.

Zmiany te będą dotyczyły ubezpieczeń na życie zarówno ochronnych, jak i wypadkowych, będą z pewnością rozwijały się produkty typu *whole life*. Zakłady ubezpieczeń będą zmuszone do nowej kalkulacji ryzyka i składek w ubezpieczeniach życiowych i wypadkowych. Zmiany w społeczeństwie związane zarówno z demografią, ale też ze zmianą aktywności życiowej i zachowań, spowodują korekty statystyki w szkodowości dla starszych grup wiekowych ubezpieczeniowych.

Kolejnym rodzajem ubezpieczeń ważnym dla starzejącego się społeczeństwa są produkty inwestycyjne i oszczędnościowe. Z dużym prawdopodobieństwem będzie ulegał zmianie profil oszczędnościowy i poziomu oszczędności. W chwili obecnej oszczędności Polaków są na niewielkim poziomie, a głównym źródłem utrzymania emerytów jest świadczenie emerytalne i pomoc rodziny, tzw. kiedyś trzeci filar emerytalny jest słabo rozwinięty. Emerytury z systemu publicznego zapewnią bardzo niską stopę zastąpienia, niewystarczającą na godne przeżycie, a zmieniający się model socjologiczny społeczeństwa spowoduje ograniczenie pomocy finansowej w ramach rodziny. Wzrost popytu na długoterminowe produkty oszczędnościowe w przyszłości jest realny, natomiast zależny w dużej mierze od regulacji prawnych dotyczących emerytur z ZUS, edukacji ubezpieczeniowej, regulacji prawno-podatkowych, zachęt dla oszczędzających itd.

Od pewnego czasu obserwujemy rozwój produktów typu od-

wróconej hipoteki (*reverse mortgage*), które będą miały zapewnić dodatkowy przychód emerytom⁴⁴.

Zgodnie z opublikowaną przez Polską Izbę Ubezpieczeń analizą możemy się liczyć z rozwojem tego rynku. „Prognozowana zmniejszona stopa zastąpienia, jak również ograniczenie możliwości pozyskania świadczeń zdrowotnych czy pielęgnacyjnych finansowanych ze środków publicznych, wskazują na stopniowe pojawianie się popytu na produkty z wypłatami regularnymi, dożywotnimi, które są charakterystyczne dla produktów ubezpieczeniowych. Istnieje bowiem znaczne ryzyko, że wypłata środków w formie jednorazowej spowoduje nieefektywne, z punktu widzenia zabezpieczenia ryzyk gospodarstwa domowego, ich wykorzystanie. Z tego względu kluczowe jest wprowadzenie zachęt dla nabycia produktów ze świadczeniami dożywotnimi. Ponieważ istnieją przyczyny, wymienione powyżej, dla których wypłata jednorazowa jest zasadna, wprowadzenie preferencji dla wypłat regularnych stymulowałoby rozwój tego typu produktów, a nie narzucało ich konieczność” – głosi opracowanie.

Autorzy analizy postulują, że jeśli odwrócona hipoteka będzie miała na celu podwyższenie stopy zastąpienia, wówczas ustawodawca powinien rozważyć możliwość wprowadzenia na wzór Hiszpanii zachęt fiskalnych. Miałyby one obowiązywać w przypadku świadczeń wypłacanych w formie ubezpieczeniowej renty dożywotniej (wypłacanej i zarządzanej przez zakłady ubezpieczeń).

„Dodatkowa emerytura nie jest jedynym regularnym świadczeniem finansowanym z odwróconej hipoteki. Na rynku amerykańskim bardzo często część miesięcznego świadczenia jest przekazywana zakładowi ubezpieczeń jako składka na ubezpieczenie pielęgnacyjne. Badania przeprowadzone na tym rynku potwierdzają tezę, że świadczenia z odwróconej hipoteki nie są wystarczające, aby pokryć koszty opieki długoterminowej w przyszłości, lecz są znacznie wyższe niż składka na prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne. Biorąc pod uwagę problemy finansowe sektora opieki długoterminowej, należałoby przemyśleć wprowadzenie zachęt dla produktu ubezpieczeniowego tego typu. Równocześnie,

⁴⁴ *Reverse mortgage – rozwiązania prawne i instytucjonalne na wybranych rynkach*, http://www.piu.org.pl/public/upload/ibrowser/analiza_reverse_mortgage.pdf.

aby nie spowodować zachowań obserwowanych w Austrii, nie należy ujmować otrzymywanych miesięcznych płatności z tytułu odwróconej hipoteki jako dochodu wpływającego na uprawnienia do emerytury minimalnej. Można natomiast rozważyć uwzględnianie tego dochodu przy weryfikacji uprawnień do świadczeń z systemu pomocy społecznej” – napisano w raporcie.

Zmiany demograficzne w społeczeństwie bodają największy wpływ będą miały na obraz ubezpieczeń zdrowotnych. Systemy publicznej opieki zdrowotnej zmierzają się z jednej strony ze zmniejszającym się przychodem ze względu na spadek liczby osób pracujących, a z drugiej strony ze zwiększonym popytem spowodowanym ilością pacjentów generujących standardowo wysokie koszty, czyli ludzi starych. Nałożą się na to inne czynniki presyjne, takie jak szybki wzrost kosztów w opiece zdrowotnej generowany przez postęp techniczny, skutkujący powstawaniem nowych metod diagnostycznych i leczniczych o wysokich kosztach oraz wzrost świadomości społecznej, rozwój społeczeństwa informacyjnego, który zwiększa zapotrzebowanie na nowoczesne terapie i presję na ich dostarczanie przez system opieki zdrowotnej. Pozycjonowanie zdrowia jako podstawowej wartości (Diagnoza Społeczna), najczęściej spotykane u osób w średnim i starszym wieku oznacza dodatkowy czynnik presyjny na wzrost kosztów dla systemów opieki zdrowotnej.

Istotna jest także zmiana pracodawców i coraz bardziej widoczna konieczność zainteresowania pracodawców zdrowiem pracowników, opłacanie im zarówno prywatnej opieki zdrowotnej, ale także zwrócenie się w kierunku profilaktyki i poprawy warunków życia. Z jednej strony przyniesie to pracodawcy wymierne korzyści, z drugiej poprawia stan zdrowotny populacji.

Ubezpieczenia prywatne dla osób w wieku pracującym, nacisk na profilaktykę, zdrowy tryb życia spowoduje poprawę kondycji zdrowotnej społeczeństwa i poprawę funkcjonowania w starości.

Trzecim rodzajem ubezpieczeń związanych bardzo silnie ze starzeniem się społeczeństwa są wspomniane już prywatne lub subsydiowane przez państwo ubezpieczenia *long term care*.

Mamy zidentyfikowanych kilka czynników, które zwiększają

- ryzyko konieczności opieki długoterminowej. Głównymi z nich są:
- wiek – ryzyko na ogół zwiększa się z wiekiem;
 - płeć – kobiety są w grupie podwyższonego ryzyka, głównie dlatego że często żyją dłużej;
 - stan cywilny – tzw. single, czyli osoby żyjące w pojedynczych gospodarstwach domowych są bardziej narażone niż małżonkowie i częściej potrzebują opieki z płatnego opiekuna;
 - styl życia – zła dieta i nawyki mogą zwiększać ryzyko niewydolności starczej;
 - zdrowie i wywiad rodzinny.

Nie należy zapominać o coraz popularniejszych produktach, których modyfikacje i rozwój można przewidywać, czyli produktach assistance. Chodzi tu zarówno o produkty assistance medycznego i pielęgnacyjnego, które są w stanie zabezpieczać potrzeby osób starszych, jak i produkty typu assistance domowego, podróznego czy także samochodowego.

Ekonomiczne rozwarstwienie się społeczeństwa może spowodować powstanie grupy osób starszych, które będą oczekiwały usług assistance na wysokim poziomie związanych z turystyką i sportem uprawianymi w starszym wieku. Te dziedziny życia dziś zarezerwowane dla ludzi młodszych mogą stać się elementem zainteresowania osób w wieku emerytalnym, dobrze uposażonych i zdecydowanych na aktywny tryb życia na emeryturze. Całość analizy związanej z potrzebami osób starszych jest oczywiście niezwykle silnie związana z możliwościami zakupowymi i popytem.

Warto pamiętać, że ubezpieczenia w wielu przypadkach są narzędziem, które służy do zarządzania ryzykiem w czasie i jest w stanie zmniejszyć ryzyko niskich przychodów w okresie emerytalnym.

Dlatego należy wrócić do finansowania ryzyka niewydolności starczej omówionej na początku rozdziału i, ponieważ środki publiczne są niewystarczające, warto zwrócić uwagę na możliwości stworzenia strumienia prywatnego finansowania niedołężności starczej, czyli ubezpieczenia pielęgnacyjne.

W swoim opracowaniu na ten temat „Dobrowolne ubezpieczenie niedołęstwa starczego – konstrukcja produktu” Barbara Więckowska wyróżnia kilka rodzajów polis prywatnych zabezpie-

czających to ryzyko. Tak więc mogą to być⁴⁵:

- polisy samodzielne (ang. *stand-alone policy*);
- podwyższona renta dożywotnia (ang. *enhanced annuity*) – ubezpieczenie oferowane osobom, u których ryzyko niedołęstwa starczego już się zrealizowało, a wypłacane świadczenie zostało podwyższone dzięki zastosowaniu tablic trwania życia w niedołęstwie starczym;
- ubezpieczenie dodatkowe (ang. *rider benefit*) – najczęściej dodawane do ubezpieczenia na wypadek śmierci, którego wysokość zależy od wysokości sumy;
- pakiety ubezpieczeniowe (ang. *insurance packages*) – składające się z kilku powiązanych ze sobą produktów: ubezpieczenia rentowego na wypadek ryzyka niedołęstwa starczego, odroczonej renty życiowej (np. rozpoczynającej się w 80 roku życia), wypłacanej w przypadku braku roszczenia z tytułu ubezpieczenia rentowego na wypadek ryzyka niedołęstwa starczego oraz bezterminowego ubezpieczenia na wypadek śmierci.

Należy jednak pamiętać, że ubezpieczenia niewydolności starczej są bardzo trudnym rynkiem dla ubezpieczycieli, o niskim samoistnym popycie, braku zachęt i motywacji do zakupu w społeczeństwie, przegrywającym z rozwiniętym konsumpcjonizmem i podejściem „jakoś to będzie” oraz przekonaniem o obowiązku opieki nad osobami starymi przez państwo. Pozostałe bariery dla rozwoju rynku ubezpieczeń długoterminowych to konieczność stworzenia sieci tzw. providerów czyli placówek, w których ubezpieczyciel może zakontraktować świadczenie. Osobnym tematem jest budowa standardów i jakości w tego typu placówkach, które będą musiały znaleźć odzwierciedlenie w warunkach polisy. Kolejnym tematem jest decyzja ubezpieczyciela czy będzie tworzył samodzielnie sieci placówek opieki długoterminowej, czy postanowi kontraktować takie usługi w istniejących placówkach.

Kolejnym zagadnieniem jest problem danych potrzebnych do właściwej kalkulacji ryzyka, czyli statystyk związanych z częstością, zakresem i kosztem opieki długoterminowej. Uwzględniając fakt, że obecnie znakomita większość opieki długoterminowej świadczona

⁴⁵ B. Więckowska, *Dobrowolne ubezpieczenie niedołęstwa starczego – konstrukcja produktu*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2005, nr 7.

jest nieodpłatnie przez członków rodziny lub w szarej strefie opieku-
nek, oszacowanie wysokości ryzyka ubezpieczeniowego jest dużym
wyzwaniem. Innym jeszcze wyzwaniem, przed którym staną aktu-
ariusze, jest przydatność do szacowania ryzyka tabeli długości życia.

2.5. Rekomendacje

Zmiana profilu leczenia stacjonarnego

Wszelkie działania zmierzające do optymalizacji działalności jednostek leczenia stacjonarnego spotykają się w Polsce z dużym oporem społecznym. Pomimo wielu analiz i opinii, które jednoznacznie wskazują, iż baza łóżek szpitalnych w Polsce jest wykorzystywana w sposób nieefektywny, liczba łóżek szpitalnych pozostaje od wielu lat na tym samym poziomie. Powyższe wynika przede wszystkim z dwóch powodów. Po pierwsze, każde ograniczenie liczby łóżek szpitalnych pociąga za sobą zarówno ograniczenie kadry przypisanej do danego oddziału, jak i wrażenie ograniczania pacjentom dostępu do opieki zdrowotnej. Działania te mają więc jednoznaczny negatywny odbiór społeczny. Po drugie, system finansowania procedur medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie proponuje wystarczającej zachęty finansowej do podejmowania działań w zakresie optymalizacji bazy łóżkowej podmiotów leczniczych. W efekcie, jak wskazano w niniejszym opracowaniu, w Polsce baza łóżek szpitalnych jest zbyt duża i nieefektywnie wykorzystana.

Kolejną próbę uporządkowania leczenia szpitalnego w Polsce podjęto dopiero w roku 2014, wprowadzając w nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązek tworzenia map potrzeb zdrowotnych. Zakładanym przez ustawodawcę celem nowego obowiązku jest potrzeba racjonalizacji lokowania zasobów systemu ochrony zdrowia w zakresie infrastruktury i kadr⁴⁶. Mapy potrzeb zdrowotnych powinny dawać wszystkim interesariuszom systemu informację o potrzebach zdrowotnych w regionie, a więc m.in. o oczekiwanej strukturze infrastruktury szpitalnej. Przy całym nakładzie sił i środków nie dysponujemy jednak danymi historycznymi na takim

⁴⁶ <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/o-projekcie/>

poziomie wiarygodności, który zapewniałby wysoką trafność map i opartych na nich priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej.

Zmiany profilu potrzeb

Mając na uwadze postępujący dynamicznie proces zmian w strukturze społeczeństwa, a co za tym idzie konieczności szybkiego dostosowania opieki zdrowotnej do potrzeb osób w wieku 65+, rekomendowane jest wprowadzenie istotnego dla podmiotów leczniczych czynnika motywującego do dostosowania swojej działalności do mapy potrzeb zdrowotnych. Takim czynnikiem zdaniem autorów raportu powinien być przede wszystkim wyższy poziom finansowania działalności leczniczej zgodnej z określonymi potrzebami zdrowotnymi. Wprowadzenie przez NFZ w ocenie ofert dodatkowej punktacji za zgodność działalności z potrzebami zdrowotnymi regionu wobec ograniczonego wzrostu wartości umów zawieranych w ostatnich latach jest zdecydowanie działaniem w dobrym kierunku. W projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej skierowanym do konsultacji zewnętrznych 9 maja 2016 r. w zakresie oceny ofert w lecznictwie szpitalnym i AOS, przewidziano odpowiednio 1 i 2 punkty za opinię wojewody o zgodności działalności z potrzebami zdrowotnymi regionu. Niski poziom dodatkowych punktów, szczególnie w przypadku szpitali, za spełnianie tak kluczowego kryterium może nie być wystarczającą zachętą dla podmiotów leczniczych do dostosowywania działalności do priorytetów regionalnych. Biorąc pod uwagę koszty finansowe zmian, zasadne jest wprowadzenie dodatkowych czynników rekompensujących restrukturyzację działalności.

Mając na uwadze powyższe, rekomenduje się wprowadzenie co najmniej następujących zmian legislacyjnych:

1. nowelizacji ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która precyzowałaby zasady wydawania przez wojewodę opinii dotyczącej zgodności działalności leczniczej prowadzonej przez podmiot z mapami potrzeb zdrowotnych (transparentność systemowych decyzji niewątpliwie będzie pomocna, z drugiej strony ujednolicenie kryteriów

w skali kraju da bardziej jednorodną politykę zdrowotną),
2. zmiany projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zwiększałaby wysokość punktów przyznawanych podmiotom leczniczym za posiadania pozytywnej opinii wojewody dotyczącej zgodności działalności leczniczej prowadzonej przez podmiot z mapami potrzeb zdrowotnych.

Ad 1. Należy zachować zasadę równego dostępu podmiotów do środków publicznych. Obecnie zasady wydawania opinii przez wojewodę nie wykluczają sytuacji, w której decydować będzie pierwszeństwo złożenia wniosku. Natomiast rzeczywistymi kryteriami powinna być jakość, kompleksowość, przygotowanie merytoryczne, w szczególności w zakresach przystosowywanych do bieżących potrzeb zdrowotnych (np. opieki geriatrycznej).

Ad 2. Zwiększenie liczby punktów premiujących przyznawanych podmiotom leczniczym w procesie zawierania umów z NFZ za posiadanie pozytywnej opinii wojewody, o której mowa w art. 95d ust. 1 albo 2 ustawy o świadczeniach będzie niezależnym motywatorem do podążania podmiotów za zmieniającymi się potrzebami. Obecny poziom dodatkowych punktów w ocenie autorów opracowania nie stanowi poziomu wystarczającego do intensyfikacji procesu restrukturyzacji profilu działalności podmiotów leczniczych w Polsce.

Zmiana profilu lecznictwa ambulatoryjnego

W związku z rosnącymi kosztami zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli związanymi ze zmianą popytu na świadczenia zdrowotne konieczne jest podjęcie działań w zakresie zwiększenia efektywności wydatkowania środków publicznych. Jedną z rekomendowanych metod optymalizacji kosztów zabezpieczenia opieki zdrowotnej jest prowadzenie procesu przenoszenia możliwie największej liczby świadczeń z trybu stacjonarnego do trybu ambulatoryjnego w połączeniu z leczeniem domowym. Powyższe działanie pozwoliłoby także na zwiększenie dostępu do opieki medycznej, w tym w szczególności dla grupy będącej głównym odbiorcą świadczeń zdrowotnych tj. osób w wieku 65+.

W ramach zmian w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, które pozwolą na dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do zmian demograficznych kluczową rolę odegrać powinno wdrożenie produktu poradni wieku dojrzałego w ramach koordynowanej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej działającej w trójkącie POZ – Poradnia – AOS. Poradnia wieku dojrzałego odpowiedzialna byłaby za kompleksową opiekę nad dorosłymi pacjentami chorującymi na więcej niż jedną chorobę oraz pacjentów w wieku 65+ i koordynację ich potrzeb, wizyt, hospitalizacji itd.

Wobec powyższego autorzy raportu rekomendują:

3. powołanie przy Ministerstwie Zdrowia zespołu eksperckiego składającego się z przedstawicieli Narodowej Rady Geriatrii i Gerontologii, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz konsultantów krajowych wybranych dziedzin, którego celem byłoby opracowanie rekomendacji w zakresie:
 - a) listy procedur medycznych szczególnie istotnych z punktu widzenia zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób w wieku 65+, których realizacja mogłaby odbywać się w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w połączeniu z leczeniem domowym);
 - b) wprowadzenia produktu poradni wieku dojrzałego do listy zdrowotnych świadczeń gwarantowanych.

Deinstytucjonalizacja opieki nad pacjentami 65+ oraz opieka środowiskowa

Z uwagi na fakt, iż deinstytucjonalizacja opieki jest nowym kierunkiem działań, konieczne jest opracowanie szeregu alternatywnych wzorów dla pilotażowych programów deinstytucjonalizacji opieki nad osobami 65+. W celu pobudzenia procesu deinstytucjonalizacji na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym oraz w celu efektywnego skorzystania z unijnego wsparcia finansowego rekomendowanym działaniem jest:

4. opracowanie przez Narodową Radę Geriatrii i Gerontologii przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej oraz Konwentem Marszałków Województw RP szczegółowych rekomendacji zawierających wytyczne dla programów deinstytucjonalizacji opieki nad osobami w wieku 65+

na poziomie gminy, województwa i kraju.

Niezwyczajnie istotną kwestią decydującą o rozwoju deinstytucjonalizowanej opieki nad osobami w wieku 65+, w tym opieki środowiskowej, jest zapewnienie odpowiedniego źródła finansowania, pozwalającego na utrzymanie trwałości projektu po wyczerpaniu unijnego wsparcia finansowego. Istnieje bowiem poważne ryzyko, iż część potencjalnych projektów nie doczeka się realizacji z obawy o brak możliwości spełnienia warunku utrzymania trwałości projektu. Konieczne jest zatem wskazanie źródła finansowania opieki pielęgnacyjnej (zarówno zdrowotnej, jak i społecznej) nad osobami 65+. Obecnie za wprowadzeniem takiego rozwiązania przemawia zarówno konieczność zapewnienia opieki nad rosnącą liczbą osób w wieku 65+, jak i konieczność efektywnego wykorzystania unijnego wsparcia finansowego na tworzenie warunków do świadczenia opieki w środowisku lokalnym.

Wobec powyższego autorzy raportu rekomendują:

5. powołanie wspólnego zespołu składającego się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, którego zadaniem byłoby opracowanie przepisów w zakresie wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego pozwalającego na eliminację dublowania się finansowania z: obszaru pomocy społecznej oraz obszaru opieki zdrowotnej.
 - Zadania koordynacji pobrania i wydatkowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego, w tym ewidencjonowania osób ubezpieczonych, zawierania umów na realizację takich świadczeń, a następnie ich rozliczania i kontrolę mogłyby być powierzone Narodowemu Funduszowi Zdrowia lub jego następcy/następcom prawnym⁴⁷.

Dostosowanie polityki lekowej państwa

Przyjęcie w marcu 2016 r. przez Sejm RP ustawy umożliwiającej osobom w wieku 75+ skorzystanie z listy bezpłatnych leków należy uznać za działanie zmierzające w słusznym kierunku. Jak wykazują liczne analizy sytuacji zdrowotnej osób w wie-

⁴⁷ M. Woch, *Czy w Polsce „nadszedł” czas na wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego?*, <http://www.mpolska24.pl/post/10207/czy-w-polsce-nadszedl-czas-na-wprowadzenie-spoecznego-ubezpieczenia-pielegnacyjnego->.

ku senioralnym, jednym z poważanych problemów w utrzymaniu dobrego zdrowia seniorów jest zdolność finansowa do wykupienia odpowiednich leków stosowanych przy chorobach przewlekłych. Planowana do wprowadzenia na podstawie ustawy lista bezpłatnych leków przeznaczonych dla seniorów zawierać ma wyroby, które związane są z leczeniem najczęstszych chorób wieku podeszłego.

W zakresie pełnego wdrożenia programu bezpłatnych leków dla osób w wieku senioralnym konieczne jest jednak ustanowienie regulacji pozwalających na kontrolę przepisywania przez lekarzy właściwym osobom i kontrolę ilości spożywanych leków przez osoby w wieku senioralnym, aby przeciwdziałać z jednej strony możliwym nadużyciom, a z drugiej zjawisku polipragmazji.

Mając na uwadze powyższe rekomendowane jest:

6. opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia, AOTMiT oraz Narodową Radę ds. Geriatrii i Gerontologii rekomendacji zmian ustawy wprowadzającej bezpłatne leki dla osób w wieku 75+, która:
 - zawierałaby gwarancję przeciwdziałania polipragmazji wśród osób w wieku senioralnym;
 - skutecznie ograniczałaby możliwości nadużycia.

Istotnym działaniem mającym a celu przeciwdziałanie polipragmazji jest także prowadzenie kampanii edukacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek POZ oraz pacjentów i ich rodzin. Jak wskazują eksperci, główną przyczyną zjawiska polipragmazji w Polsce jest nie tylko brak odpowiedniego systemu informatycznego pozwalającego na gromadzenie danych receptowych, ale też brak wiedzy kadry medycznej o pacjentów o działaniu leków, interakcji pomiędzy lekami czy działaniach niepożądanych po spożyciu leków. W tym zakresie rekomendowane jest:

7. przeprowadzenie programów edukacyjnych skierowanych do lekarzy i pielęgniarek POZ posiadających prawo do preskrypcji bezpłatnych leków. Programy powinny być realizowane w ramach e-learningu. Ponadto zasadne jest stworzenie strony internetowej informującej o problemie polipragmazji i wskazującej informacje dot. działania poszczególnych leków, interakcji pomiędzy lekami czy działaniach niepożądanych po spożyciu leków.

Wsparcie rozwoju rynku usług opiekuńczo pielęgnacyjnych

1. Kadry zarówno systemu opieki zdrowotnej, jak i społecznej nie są obecnie przygotowane do sprostania wyzwaniom jakie stawia przed nimi zmiana sytuacji demograficznej kraju. Odnosi się to zarówno do liczby pracowników obu systemów opieki, jak i ich kwalifikacji. W polskim systemie kształcenia zawodowego istnieją dwa zawody, których program kształcenia zbliżony jest do potrzeb osób w wieku senioralnym: opiekun osoby starszej oraz opiekun medyczny. Powyższe zawody, 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 65+. Z uwagi na kluczowy charakter tych zawodów należy jak najszybciej wesprzeć kształcenie w tych kierunkach.
2. Dla uniknięcia nieprawidłowości i zapewnienia płynnego włączenia w system podmiotów skierowanych głównie na potrzeby osób starszych należy uwzględnić ten element w tworzonych mapach oraz jak najszybciej opracować szczegółowe wymagania stawiane instytucjom opieki długoterminowej, dziennej czy opieki środowiskowej w kontekście kadry i przygotowania infrastrukturalnego.

Reasumując zawarte w tym dokumencie rekomendacje, ich wagę i ilość, opracowanie kompleksowej „ustawy o opiece senioralnej” stanowiłby kluczowy impuls rozwoju zarówno prywatnego, jak i publicznego sektora usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, który przejąłby na siebie znaczną część wysiłku organizacyjnego i kosztów opieki ponoszonej przez podmioty lecznicze.

Po drugie, i najważniejsze, Polska w porównaniu z krajami UE jest słabo przygotowana na opisane powyżej potrzeby i wyzwania wynikające ze zmian demograficznych. Dalszy brak zdecydowanych działań spowoduje niewłaściwą opiekę nad osobami starszymi (np. wymuszone hospitalizacje zamiast opieki środowiskowej) i jednocześnie zbędnie dociąży szpitale – element medycyny naprawczej (interwencyjnej), a nie pielęgnacyjno-rehabilitacyjnej.

Przypisy

1. Anderson G.: Szwedzki system oceny ochrony zdrowia, Zdrowie Publiczne 2000. t. II, 3-4
2. An Outline of the United Kingdom Social Security System, Department of Social Affairs, London, October 1999
3. Błędowski P.: Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2002
4. Tepli J.: Piąty filar ubezpieczeń socjalnych w Niemczech – ubezpieczenia pielęgnacyjne, Przegląd ubezpieczeniowy dla Ciebie, 2000, 5
5. Wieloletni Program Senior Wigor na lata 2015-2020
6. Dzienny dom opieki medycznej - Europejskim Programem Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)
7. Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, Raport NIK, 2015
8. Ogónoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, Bruksela 2012
9. Długofalowa Polityka Senioralna w Polsce na lata 2014-2020, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Uchwała Rady Ministrów nr 238, 24 grudnia 2013;
10. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Pol Senior, Termedia 2012
11. Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-społecznego w sprawie długoterminowej opieki społecznej i de instytucjonalizacji, Bruksela 2015

Spis treści

1. Ewolucja potrzeb zdrowotnych Polaków

1.1. Projekcja demograficzna na najbliższe 50 lat	3
1.2. Ocena zmian potrzeb zdrowotnych	7
1.3. Zmiana rangi rehabilitacji jako podstawowego czynnika zapobiegającego i ograniczającego niepełnosprawność, poprawę ilości QALY, i czynnika prewencyjnego w postępie chorób	9
1.4. Zmiany ilościowe potrzeb – wielochorobowość – zwiększona potrzeba wizyt u POZ i AOS – zastosowanie nowych technologii – zdalne monitorowanie wieloparametryczne	13
1.5. Polipragmazja – zwiększona potrzeba farmakoterapeutyczna ...	15

2. Działania wynikające ze zmian potrzeb

2.1. Zasoby organizacyjne	17
2.1.1. Inne typy szpitali	17
2.1.2. Deinstytucjonalizacja - istotny focus na osobach 65+	22
2.1.2.1. Istniejące formy opieki i ich alternatywy	23
2.1.3. Wprowadzenie opieki środowiskowej	32
2.1.4. Rekonstrukcja ośrodków opieki ambulatoryjnej dla seniorów (np. na wzór breast unitów)	37
2.1.5. Specyfika diagnostyki u pacjentów 65+	39
2.2. Zasoby ludzkie	40
2.3. <i>Leki quo vaditis?</i> Zmiana polityki lekowej wobec seniorów	42
2.4. Alternatywne strumienie finansowania w opiece zdrowotnej 65+	52
2.5. Rekomendacje	63
Przypisy	70

Projekt okładki, skład, łamanie: Joanna Gębalska
Korekta i redakcja: Kinga Korczykowska

Copyright by Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji
im. prof. dr hab. Eleonory Reicher, Wydawnictwo Aluna

Wydanie I
Warszawa 2016
ISBN 978-83-65536-01-3