

Adekwatność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych. Raport końcowy

POD REDAKCJĄ ALEKSANDRY CZERW



W ramach umowy na realizację zadania

Prowadzenie działalności naukowo-badawczej
i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych: Analiza adekwatności
i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb
zdrowotnych osób starszych,

działanie 2.7 Przygotowanie raportu końcowego.

Praca zbiorowa pod redakcją:

Aleksandry Czerw

Autorzy:

Olga Partyka

Monika Pajewska

Aleksandra Czerw

Recenzja naukowa:

Prof. dr hab. med. Andrzej Deptała

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, 2020

Przedruk materiałów w całości lub części jest możliwy wyłącznie za zgodą Narodowego Instytutu
Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny.

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

ISBN 978-83-65870-24-7

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200

e-mail: wydawnictwo@pzh.gov.pl



SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów.....	3
Streszczenie	4
Wstęp.....	6
I. Rozwiązania organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi	7
II. Rekomendacje rozwiązań systemowych	11
III. Podsumowanie realizacji projektu	13
Cel główny.....	14
Cele szczegółowe	14
Materiały i metody badawcze.....	14
Wybrane wyniki	20
1. Analiza pozycji piśmiennictwa na temat adekwatności i efektywności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.....	20
2. Analiza projektów ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej skierowanych do osób starszych.....	24
3. Analiza zasobów systemu opieki nad osobami starszymi oraz ich optymalizacja.....	30
4. Analiza rozpoznania i świadczeń udzielanych osobom starszym w Polsce.....	47
5. Analiza wyceny świadczeń zdrowotnych.....	57
6. Analiza adekwatności świadczeń i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starszych..	63
Wnioski	85
Spis rycin.....	87
Spis tabel	88

WYKAZ SKRÓTÓW

NPZ – Narodowy Program Zdrowia

GUS – Główny Urząd Statystyczny

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

EUROSTAT - Europejski Urząd Statystyczny

GBL – Główna Biblioteka Lekarska

OECD - Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

CSIOZ – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

NIL – Naczelna Izba Lekarska

RNIPiP – Rejestr Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

POZ – Podstawowa opieka zdrowotna

AOS – Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

LSZ – Leczenie szpitalne

RPWDL – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą

DDOM – Dzienny dom opieki medycznej

CMKP – Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

ICD-10 - Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
rewizja 10

STRESZCZENIE

Wstęp

Zjawisko starzenia się społeczeństwa jest jednym z największych wyzwań, przed jakimi stoi system ochrony zdrowia. Dynamika starzenia się społeczeństwa polskiego jest jedną z najwyższych w Europie. Szacuje się, że do 2050 roku 40% populacji kraju stanowić będą osoby powyżej 60 r.ż. W związku z tym niezbędne jest dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do rosnących potrzeb zdrowotnych zmieniającego się demograficznie społeczeństwa. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie ogólnopolskich badań, których zadaniem jest określenie zasobów ochrony zdrowia oraz zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych populacji wrażliwej. W Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny w latach 2017-2020 realizowany był projekt finansowany ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, którego celem była analiza adekwatności i efektywności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom starszym.

Materiały i metody

W raporcie przedstawiono wyniki działań zrealizowanych w ramach projektu. Działania obejmowały analizy różnych obszarów organizacji systemu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. W zależności od tematyki, do przeprowadzenia badań posłużono się różnymi metodami badawczymi, m.in. były to badania ilościowe, jakościowe oraz analizy dużych zbiorów danych. Przeprowadzono przeglądy piśmiennictwa naukowego w oparciu o wytyczne Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz zasady *evidence-based policy*. Przeprowadzono również ogólnopolskie badania z wykorzystaniem metod ilościowych i jakościowych – CATI, CAWI i FGI. W analizach rozpoznania i kosztów świadczeń wykorzystano metody analiz data-mining na dużych zbiorach danych, pozwalających na zaobserwowanie trendów zmian w przedziałach czasowych.

Wybrane wyniki

Zasoby infrastruktury oraz kadr medycznych stanowią podstawę każdego systemu ochrony zdrowia. Według danych w 2017 roku w Polsce specjalizację z geriatrici posiadało 423 lekarzy, z czego 413 było czynnych zawodowo. Liczba pielęgniarek geriatricznych wyniosła 690. W ramach infrastruktury opieki zdrowotnej w 2016 roku funkcjonowało

48 oddziałów geriatrycznych znajdujących się w szpitalach ogólnych, w porównaniu do 29 oddziałów w 2012 roku widać utrzymujący się rozwój zasobów opieki geriatrycznej.

Osobom starszym, czyli osobom powyżej 60. roku życia, w latach 2012-2016 udzielono 477 mln świadczeń zdrowotnych, 178 mln świadczeń zdrowotnych udzielono mężczyznom, a 299 mln – kobietom. W podziale na rodzaj opieki zdrowotnej, z jakiej korzystały osoby starsze, najczęściej świadczeń udzielono w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – 267 mln, następnie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) – 151 mln. Pacjentom, którzy korzystali z leczenia szpitalnego udzielono 59 mln świadczeń w latach 2012-2016 w ramach finansowania publicznego. Najczęściej diagnozowanym rozpoznaniem u pacjentów powyżej 60 roku życia było nadciśnienie samoistne (pierwotne), ponad 14 mln rozpoznań. Koszty opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w analizowanym okresie wyniosły łącznie 79 869 675 607 zł. Najwyższe koszty generowane były w leczeniu szpitalnym - 63 512 272 262 zł. Dla podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej były to odpowiednio - 6 863 160 497 zł i 9 494 242 848 zł. We wszystkich rodzajach opieki zdrowotnej nastąpił wzrost kosztów. Dla podstawowej opieki zdrowotnej w 2012 roku koszt świadczeń wyniosły 1 110 887 232 zł i wzrosły do 1 574 259 530 zł w 2016 roku. W przypadku specjalistycznej opieki ambulatoryjnej odnotowano roczny spadek kosztów, z 1 913 550 706 zł w 2015 r. do 1 909 575 790 zł w 2016 roku, jednak ogólny trend jest wzrostowy. Dla lecznictwa szpitalnego widać okresowe zmiany trendu, w latach 2012-2014 widoczny był spadek kosztów, w 2015 roku nastąpił wzrost. Na podstawie analizy przebiegu korzystania ze świadczeń medycznych wyodrębniono grupy chorób najczęściej współwystępujących u osób starszych. Najliczniejszą grupę stanowili mężczyźni z rozpoznaniem rozrostu gruczołu krokowego oraz głuchotą przewodzeniową i czuciowo-nerwową.

WSTĘP

W latach 2017-2020 w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny realizowany był projekt pt. „Prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych: Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych” ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 finansowanego przez Ministra Zdrowia. Projekt wpisywał się w cel operacyjny 5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.

Starzenie się społeczeństwa jest jednym z największych wyzwań zdrowia publicznego, z którym mierzy się większość krajów europejskich w tym Polska. Według danych GUS w 2018 roku liczba osób w wieku 60+ wyniosła ponad 9 mln, co stanowiło prawie 25% ogółu populacji Polski. Według prognozy GUS w 2030 roku liczba ludności powyżej 60 r.ż. wyniesie 10,8 mln osób, a w 2050 r. – 13,7 mln, co będzie stanowić ok. 40% społeczeństwa¹. W 2018 r. udzielono 322,6 mln porad lekarskich, z czego odsetek liczby porad udzielonych osobom starszym stanowił 29,6% wszystkich porad. Koszty świadczeń zdrowotnych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia wyniosły blisko 81,1 mld zł. Na leczenie osób w wieku 60 lat i więcej NFZ wydał prawie 34 mld zł².

Działania na rzecz zdrowego starzenia się mogą pomóc w walce z nierównościami i zapewnić bezpieczne starzenie się osób w odpowiednim dla nich środowisku, pozwalającym na dalszy rozwój osobisty przy jednoczesnym zachowaniu autonomii i zdrowia. Zdrowe starzenie się pomoże budować społeczeństwa spójne, pokojowe, sprawiedliwe, bezpieczne i zrównoważone. W związku z tym konieczne jest podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia efektywności systemu opieki zdrowotnej w kontekście rosnących potrzeb zdrowotnych ludności i kosztów świadczeń medycznych.

¹ Główny Urząd Statystyczny. Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 r. Warszawa, Białystok 2020.

² Ibidem

I. ROZWIĄZANIA ORGANIZACYJNE DLA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD OSOBAMI STARSZYMI

W pierwszej kolejności podjęto próbę diagnozy rozwiązań organizacyjnych stosowanych w różnych systemach opieki zdrowotnej na świecie w odniesieniu do osób starszych. Działanie zrealizowano w oparciu o przegląd literatury światowej.

Celem przeglądu było znalezienie publikacji dotyczących rozwiązań organizacyjnych stosowanych w celu zaspokojenia potrzeb osób starszych. Wyszukiwanie prowadzono za pomocą następujących kwerend: „elderly”, „needs”, „adjustment”, „healthcare” w dniach 13-14.02.2020. Znaleziono 20 artykułów spełniających zadane kryteria. Na podstawie analizy pełnych tekstów zakwalifikowano 2 artykuły do przeglądu. Dokonano również przeglądu rekomendacji instytucjonalnych, w tym WHO, OECD oraz wyszukiwania tzw. szarej literatury za pomocą Google Scholar.

W artykule *Improving care coordination for community-dwelling older Australians: a longitudinal qualitative study*³ opisano doświadczenia osób starszych korzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz leczenia szpitalnego w Australii. Badanie to było podłużnym studium przypadku, obejmującym wielokrotne wywiady z 19 pacjentami oraz opiekunami, audyty kart pacjentów i trzy grupy fokusowe z usługodawcami. Transkrypcje wywiadów zostały zakodowane i zsyntetyzowane w celu identyfikacji powtarzających się motywów. Pacjenci i opiekunowie opisywali doświadczenie przejścia między opieką podstawową a szpitalną jako nieprzewidywalne i niepokojące. Doświadczenie to charakteryzowało się niepewnością, co do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, nie zaspokajało wszystkich potrzeb pacjentów zgodnie z modelem holistycznej opieki w ramach usługi GEM (geriatryczny model oceny i zarządzania). Postawy pacjentów i opiekunów szukających pomocy, jakości i terminowości komunikacji wpłynęły na doświadczenia związane z przejściem na opiekę szpitalną. Najważniejszy wniosek z badania stanowi potrzeba integracji opieki nad osobami starszymi na każdym poziomie

³ Harvey D, Foster M, Strivens E, Quigley R, Improving care coordination for community-dwelling older Australians: a longitudinal qualitative study., Aust Health Rev. 2017 May; 41(2):144-150.

(POZ, AOS, LSZ). Niniejsze badanie potwierdza potencjalne zalety geriatrycznego modelu oceny i zarządzania (GEM) pod warunkiem zwiększenia działań prewencyjnych w obrębie POZ oraz rozbudowy systemu wsparcia podczas przejścia pacjentów z opieki podstawowej na opiekę szpitalną.

Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis to przegląd systematyczny dotyczący funkcjonowania fizycznego i samodzielności osób starszych⁴. Uwzględniono w nim 89 badań, w których łącznie brało udział 97 984 uczestników. W badaniu wykorzystano metody przeglądu systematycznego Cochrane, w celu wyszukania randomizowanych kontrolowanych badań (RCT). Uwzględniono te badania, w których porównano wieloczynnikową interwencję na miejscu ze zwykłą opieką lub minimalną interwencją, trwającą przez co najmniej 6 miesięcy. Interwencje kwalifikowały się do przeglądu, jeśli osoby otrzymały spersonalizowaną ocenę oraz zapewnienie lub skierowanie na odpowiednią specjalistyczną opiekę medyczną i społeczną⁵. W tym kontekście za złożoną interwencję uznaje się połączenie interdyscyplinarnej pracy zespołowej w zakresie problemów zdrowotnych i społecznych osób starszych. Badane wyniki obejmowały życie w domu w czasie obserwacji, odsetek zgonów, hospitalizacji, upadków i sprawność fizyczną. Na podstawie analizy badań stwierdzono, że kompleksowe interwencje mogą pomóc osobom starszym żyć bezpiecznie i niezależnie oraz mogą być dostosowane do indywidualnych potrzeb i preferencji.

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia

Jednym z celów zrównoważonego rozwoju jest „zapewnienie zdrowego życia i promowanie dobrego samopoczucia dla wszystkich osób w każdym wieku”. Osiągnięcie go możliwe jest dzięki organizacji skoordynowanej i zintegrowanej opieki nad osobami starszymi.

⁴ Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2008;371(9614):725–735.

⁵ Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993;342:1032–1036.

Przekształcenia te wymagają zwrócenia uwagi na następujące kwestie:

- organizacja usług w odpowiedzi na zróżnicowany poziom zdolności osób starszych, a także ich potrzeby i preferencje;
- rozszerzenie zakresu usług na wszystkie osoby starsze - obecnie wiele osób starszych, zwłaszcza tych, które pracowały nieformalnie lub pełniły funkcje opiekuńcze, ma bardzo ograniczony dostęp do nawet podstawowych usług;
- zapewnienie, że zasięg obejmuje usługi zapewniające interwencje, które są kluczowe dla utrzymania wewnętrznej zdolności i sprawności fizycznej osób starszych (na przykład kompleksowe plany oceny i opieki, urządzenia wspomagające, funkcjonalne suplementy diety, multimodalne ćwiczenia fizyczne i opieka długoterminowa);
- opracowanie mechanizmów trwałego finansowania, które mogą chronić osoby starsze i ich rodziny przed nadmiernymi obciążeniami finansowymi oraz zapewniają zachęty systemowe do świadczenia usług, których potrzebują osoby starsze.

Wdrażając te zintegrowane i zorientowane na pacjenta modele świadczenia usług oraz kompleksowe systemy opieki długoterminowej, oparte na społecznościach, w których mieszkają osoby starsze, możemy przyspieszyć postęp w kierunku uniwersalnej opieki zdrowotnej dla wszystkich i Zrównoważonego Rozwoju.

W dokumencie *Integrated care for older people* Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia wytyczne dotyczące zapobiegania skutkom obniżonej mobilności osób starszych. Zaprezentowano tu również szereg rozwiązań, które mają na celu polepszenie jakości życia osób starszych⁶. Przedstawione zalecenia dotyczące opieki zintegrowanej dla osób starszych (ICOPE), oferują wytyczne oparte na dowodach dla dostawców opieki zdrowotnej na temat odpowiednich podejść na poziomie społeczności w celu wykrycia i zarządzania spadkiem zdolności fizycznych i psychicznych oraz dostarczania interwencji na rzecz opiekunów. Te standardy mogą stanowić podstawę dla krajowych wytycznych i dla włączenia opieki

⁶Stegeman I, Otte-Trojel T, Costongs C, Considine J. Healthy and active ageing. Brussels: EuroHealthNet and Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2012

zdrowotnej osób starszych do podstawowej opieki zdrowotnej opartej o zintegrowane podejście do pacjenta⁷.

Zalecenia Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju

Spółeczeństwa krajów OECD to starzejące się społeczeństwa. Brak działań mających na celu poprawę sytuacji starszych pracowników na rynku pracy może zahamować dalszą poprawę warunków życia i doprowadzić do niezrównoważonego wzrostu wydatków socjalnych⁸. Na obszarach OECD przewiduje się, że mediana wieku populacji wzrośnie z 40 lat obecnie do 45 lat w połowie lat 50. XXI wieku, a stosunek osób starszych w wieku 65 lat i starszych do osób w wieku produkcyjnym (15-64 lata) wzrośnie z 1 na 4 w 2018 r. do 2 na 5 w 2050 r. Dzięki wydłużeniu średniej długości życia i reformom polityki w krajach OECD osoby starsze (w wieku 55–64 lat) są bardziej aktywne na rynku pracy niż kiedykolwiek wcześniej. W ostatnim dziesięcioleciu ich udział w rynku pracy wzrósł o 8 punktów procentowych, osiągając średnio 64% w OECD w 2018 r. Z drugiej strony okres aktywności zawodowej różni się znacząco między krajami, w wielu państwach pracownicy nadal kończą aktywność zawodową znacznie wcześniej⁹.

W ciągu dekady do 2018 r. wskaźnik aktywności zawodowej osób w wieku 55–64 lat wzrósł średnio o prawie 8 punktów procentowych na obszarze OECD pomimo głębokiego, a w niektórych krajach przedłużającego się, globalnego kryzysu finansowego. Rządy i decydenci w krajach OECD podjęli kroki w celu promowania zatrudnienia osób w starszym wieku, przyczyniając się do wzrostu wieku, w którym ludzie opuszczają rynek pracy średnio o około dwa i pół roku na obszarze OECD w ciągu ostatnich 10 lat. Postępy są jednak nadal nierównomierne: odsetek uczestników w wieku 55–64 lat waha się od mniej niż 50% w krajach takich jak Polska, Słowenia, Grecja i Turcja do ponad 70% w Islandii, Szwecji i Nowej Zelandii. Chociaż średni faktyczny wiek emerytalny wzrósł w prawie wszystkich krajach OECD od końca lat 90. XX wieku, w większości z nich nadal jest poniżej swojego

⁷ Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58.

⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) *Pensions at a glance 2011: retirement-income systems in OECD countries*. Paris: 2011.

⁹ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) *Working Better with Age*, 2019

poziomu w 1980 r., dlatego w wielu krajach istnieje znaczna możliwość dalszej poprawy¹⁰. Jednak samo zwiększenie udziału osób starszych w rynkach pracy nie wystarczy, by gospodarka stale się rozwijała. W wielu krajach należy zrobić znacznie więcej, aby zmobilizować niewykorzystane źródła zatrudnienia, w tym kobiety w średnim wieku, osoby o niskich kwalifikacjach i migrantów.

II. REKOMENDACJE ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH

Na podstawie przeprowadzonych analiz oraz uzyskanych wyników opracowano rekomendacje, których wprowadzenie może wpłynąć na poprawę dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

Podstawą każdych zmian wprowadzanych do systemów powinny być analizy naukowe. Dokonanie przeglądu systematycznego piśmiennictwa w przedmiotowym zakresie pomaga w identyfikacji obszarów priorytetowych oraz pozwala na wyciągnięcie wniosków z rozwiązań funkcjonujących w innych systemach. Niezbędne jest również zdiagnozowanie potrzeb społeczeństwa w tym zakresie, by wprowadzone rozwiązania w największym stopniu je zaspokajały. Konieczne jest wdrażanie najefektywniejszych działań, a następnie ich ewaluacja. Tylko w ten sposób można zbudować sprawny system odpowiadający potrzebom zdrowotnym ludności. Do podstawowych rekomendacji rozwiązań systemowych zaliczyć należy:

1. Rozwój kadr zajmujących się zdrowiem osób starszych (lekarze ze specjalizacją geriatryczną, pielęgniarki, opiekunowie). Zwiększenie liczby personelu zapewni lepszy dostęp do opieki dla pacjentów charakteryzujących się polipragmazją i wielochorobowością. Jednym z celów zrównoważonego rozwoju jest „zapewnienie

10 Bloom DE, McKinnon R. The design and implementation of public pension systems in developing countries: issues and options. In: Harper S, Hamblin K, editors. International handbook on ageing and public policy. Edward Elgar; Cheltenham: 2014

zdrowego życia i promowanie dobrego samopoczucia dla wszystkich osób w każdym wieku”.

2. Szkolenie personelu z umiejętności miękkich pozwalające na skuteczną komunikację z pacjentami i ich rodzinami. Duże znaczenie ma podejście zespołowe obejmujące odpowiednie umiejętności w celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych.
3. Rozwój infrastruktury dostosowanej do potrzeb zdrowotnych osób starszych oraz promowanie opieki domowej. Opracowanie mechanizmów trwałego finansowania, które mogą chronić osoby starsze i ich rodziny przed nadmiernymi obciążeniami finansowymi.
4. Wycena świadczeń dostosowana do specyfiki opieki geriatrycznej (zarówno w POZ, jak i AOS oraz LSZ) oraz stworzenie zachęty na poziomie systemowym do świadczenia usług, których potrzebują osoby starsze.
5. Koordynacja świadczeń w obszarze geriatрії. Badania wykazują, że koordynowana opieka geriatryczna jest rozwiązaniem efektywnym kosztowo, zapewniającym odpowiednią opiekę osobom starszym.
6. Zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród osób starszych. Szacuje się, że 30% osób starszych przebywających w placówkach opieki długoterminowej przejawia objawy depresyjne. Wsparcie osób starszych w przypadku pojawienia się zaburzeń psychicznych przyczyni się do ich sprawniejszego funkcjonowania w społeczeństwie.
7. Aktywizacja osób starszych, zwłaszcza w aspekcie zapobiegania urazom. Liczne dowody naukowe wskazują, że prewencja urazów przynosi wymierne korzyści, ograniczając wydatki związane z powikłaniami, kosztem hospitalizacji i farmakoterapii pacjentów.
8. Promowanie bardziej satysfakcjonującego i produktywnego zatrudnienia w starszym wieku. Warunki pracy powinny być dostosowane do możliwości starszych pracowników. Zatrudnienie osób w wieku starszym powinno być promowane.

III. PODSUMOWANIE REALIZACJI PROJEKTU

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) starość rozpoczyna się z przekroczeniem przez osobę 60 roku życia. WHO dzieli starość na 3 podstawowe okresy: okres między 60 a 74 rokiem życia określany jest jako wczesna starość tzw. wiek podeszły, 75 a 89 r. ż. - późna starość (wiek starszy), natomiast powyżej 90 roku życia mowa o wieku sędziwym lub długowieczności¹¹. W polskiej statystyce publicznej oraz w dokumentach strategicznych dotyczących starzenia się społeczeństwa, jak „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” również przyjęto wiek 60 lat, jako dolną granicę starości. Należy zaznaczyć, że część instytucji (np. Eurostat) przyjmuje wiek 65 lat, jako początek starości. Ze względu na dostępność części danych przedstawiono dla wieku 65 i więcej, jednak jako wiek bazowy dla całego projektu przyjęto granicę 60 lat.

Projekt „Prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych: Analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych” realizowany w latach 2017-2020 składał się z sześciu działań, które zakresem obejmowały najważniejsze zagadnienia związane z opieką zdrowotną nad osobami powyżej 60 roku życia. Analizom zostały poddane główne tematy związane z zapewnieniem adekwatności i efektywności opieki:

- najczęstsze rozpoznania diagnostyczne wśród osób starszych na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej,
- analiza kosztów ponoszonych na świadczenia zdrowotne dla seniorów,
- rozpowszechnienie zjawiska wielochorobowości wśród osób powyżej 60 roku życia i koszty ponoszone przez płatnika w systemie ochrony zdrowia na leczenie chorób współistniejących,
- wyrażone potrzeby zdrowotne osób starszych oraz zasoby systemu ochrony zdrowia.

¹¹ World Health Organization. Ageing and health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

CEL GŁÓWNY

Celem głównym była ocena adekwatności świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom starszym i analiza efektywności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w aspekcie potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów oraz wypracowanie rekomendacji dotyczących poprawy dostępności i jakości do świadczeń zdrowotnych dla osób starszych.

CELE SZCZEGÓŁOWE

W projekcie określono również pięć celów szczegółowych:

- 1) Ocena potrzeb zdrowotnych w zakresie promocji zdrowia i edukacyjnych osób starszych.
- 2) Ocena adekwatności oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście priorytetowych potrzeb ludzi starszych.
- 3) Usystematyzowanie danych na temat zasobów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi na poziomie podstawowej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz leczenia szpitalnego.
- 4) Stworzenie charakterystyki głównych rozpoznań u pacjentów w wieku starszym.
- 5) Analiza mechanizmów finansowania opieki nad osobami starszymi z uwzględnieniem organizacji strumienia środków publicznych pod kątem efektywności świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom starszym.

MATERIAŁY I METODY BADAWCZE

Projekt składał się z sześciu głównych działań wykonywanych w latach 2017-2019. Każde z działań obejmowało inny aspekt opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

W celu jak najdokładniejszego zbadania potrzeb zdrowotnych oraz adekwatności i efektywności świadczeń opieki zdrowotnej skierowanych do osób starszych wykorzystano różne metody badawcze z zakresu metod jakościowych i ilościowych, analiz data-mining na dużych zbiorach danych oraz przeglądy piśmiennictwa. Łącznie w trakcie trwania projektu powstało 18 produktów (raporty, kwestionariusze badań i programy komputerowe), które zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia.

Działania zrealizowane w latach 2017-2018

1. Analiza pozycji piśmiennictwa na temat adekwatności i efektywności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi

W ramach działania przeprowadzono przegląd piśmiennictwa naukowego. Przegląd przygotowano w oparciu o zasadę *evidence-based policy* (polityka oparta na faktach, EBP) i *evidence-based public health* (zdrowie publiczne oparte na faktach, EBPH). Przeprowadzono przeglądy literatury w bazach naukowych PubMed, Medline, GBL oraz publikacji zwartych. Dokonano również przeglądów światowych (OECD), europejskich (Eurostat) i krajowych (GUS, CSIOZ) baz statystyki publicznej z zakresu ochrony zdrowia. W uzupełnieniu przeglądu piśmiennictwa naukowego przeprowadzono analizę dokumentów systemowych, jak priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województw. Produktem końcowym był raport z przeglądu literatury nt. adekwatności i efektywności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

2. Analiza projektów ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej skierowanych do osób starszych

W działaniu skupiono się na analizie siedmiu programów zdrowotnych skierowanych do osób starszych o zasięgu ogólnokrajowym. Na podstawie analizy przygotowano najważniejsze informacje na temat danego programu: jego cel, zasięg, sposób finansowania i monitorowania. Produktem działania był raport nt. analizy ogólnopolskich projektów programów polityki zdrowotnej skierowanych do osób starszych oraz ekspertyza nt.: oceny adekwatności świadczeń opieki zdrowotnej, która w sposób syntetyczny prezentowała dane na temat programów zdrowotnych skierowanych na zapewnienie zdrowia i dobrostanu osób starszych.

3. Analiza zasobów systemu opieki nad osobami starszymi oraz ich optymalizacja

W ramach działania przeprowadzono dwa zadania. Pierwszym była analiza stanu infrastruktury opieki zdrowotnej 2017 roku. Do analizy wykorzystano dane pochodzące z baz statystyki polskiej: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Dane na temat kadr pochodziły z rejestrów Naczelnej Izby Lekarskiej i Rejestru Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Sytuację dotyczącą zawodów medycznych i infrastruktury przedstawiono na tle krajów europejskich. Do prezentacji danych posłużono się informacjami pochodzącymi z baz statystyki światowej: Eurostat, OECD, WHO oraz stowarzyszeń geriatrycznych.

Na drugie zadanie składało się badanie opiekunów nieformalnych (osoby, które za świadczoną pomoc nie pobierają wynagrodzenia) zajmujących się osobą starszą. Badanie zostało przeprowadzone na próbie 1 000 respondentów zamieszkałych w miastach: powyżej 100 tys. mieszkańców, 20-100 tys. mieszkańców oraz na terenach wiejskich. Badanie zrealizowano metodą badań ilościowych CATI, czyli wywiadem kwestionariuszowym wspomaganym telefonicznie. Produktami działania był kwestionariusz i raport z badania problemu opieki nad osobami starszymi przez opiekunów nieformalnych w aspekcie społecznym i zdrowotnym oraz raport na temat analizy zasobów systemu opieki nad osobami starszymi oraz ich optymalizacji.

Działania zrealizowane w 2018 roku

4. Analiza rozpoznań i świadczeń udzielanych osobom starszym w Polsce

Punktem wyjścia przeprowadzonych analiz były zbiory zanonimizowanych danych dotyczące świadczeń medycznych udzielanych w ramach POZ, AOS i leczenia szpitalnego pacjentom w wieku, co najmniej 60 lat. Dane dotyczyły pięciu kolejnych lat, tj. 2012-2016 i pochodziły z baz Narodowego Funduszu Zdrowia. Zakres danych obejmował informacje na temat wieku, płci, rozpoznania głównego, rozpoznań współistniejących i udzielonych świadczeniach medycznych w obrębie POZ, AOS i leczenia szpitalnego, łącznie 479 464 158 rekordów. Do obliczeń użyto metod analiz data-mining na dużych zbiorach danych. Produktem działania był raport zawierający modele zależności opracowane w czasie analizy

data-mining oraz program komputerowy umożliwiający powtórzenie obliczeń na zbiorach danych otrzymanych w przyszłości, tj. w kolejnych latach funkcjonowania systemu opieki medycznej.

Działania zrealizowane w latach 2018-2019

5. Analiza wyceny świadczeń zdrowotnych

Na działanie składały się cztery zadania. Pierwsze zadanie stanowiła analiza kosztów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Przeprowadzone analizy data-mining dotyczyły zależności pomiędzy kosztami powstałymi w wyniku korzystania z poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych a wiekiem i płcią pacjentów oraz rodzajem leczonych chorób. Modele statystyczne opierały się na założeniu, że mają one wyjaśniać, tzn. sprawdzać i weryfikować zmiany kosztów świadczeń medycznych w czasie, w zależności od diagnozy, płci i wieku pacjentów. W analizach korzystano m.in. z modeli ARIMA (*Autoregressive Integrated Moving Average*). Są to modele służące do analizy szeregów czasowych oraz dokonywania predykcji.

Drugim zadaniem było przeprowadzenie panelu ekspertów w oparciu o zmodyfikowaną metodę delficką za pomocą Internetu e-Delphi. Eksperci wyrażali swoje opinie za pośrednictwem strony internetowej. Formularze do wypełnienia przez ekspertów były zamieszczane każdego kolejnego dnia pod indywidualnym adresem przydzielonym ekspertom. Badanie trwało 10 dni. Do określenia poziomu zgodności respondentów wykorzystano miary κ Cohena.

Trzecim zadaniem szczegółowym była analiza efektywności kosztowej według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia. Do analizy wykorzystano wskaźnik QALY (długość życia skorygowana o jakość). Wskaźnik ten opiera się na liczbie lat życia po zastosowaniu danej interwencji medycznej oraz na jakości tych lat życia wyrażanej liczbowo na skali 0–1.

Ostatnim zadaniem był przegląd piśmiennictwa naukowego na temat wyceny świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach. W pierwszej kolejności dokonano wyszukiwania literatury dla wybranych krajów europejskich: Niemcy, Wielka Brytania,

Szwecja, Czechy, Francja, Szwajcaria w bazach PubMed, Google Scholar oraz w bazach instytucji europejskich oraz światowych, jak WHO. Do szukania literatury posłużono się słowami kluczowymi: „wycena świadczeń zdrowotnych”, „payment methods”, „healthcare services”, „primary care”, „outpatient care”, „financing mechanism”, „tariffication”, „capitation”.

Produktami działania był raport z działania wraz z analizami oraz szacowaniami kosztów całkowitych opieki zdrowotnej, raport z panelu ekspertów, raport z działania dot. analizy efektywności kosztowej sformułowanych rekomendacji wg wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, raport dotyczący wyceny świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach europejskich na podstawie przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa oraz program komputerowy umożliwiający powtórzenie obliczeń w temacie wyceny świadczeń zdrowotnych na zbiorach danych otrzymanych w przyszłości, tj. w kolejnych latach funkcjonowania systemu opieki medycznej.

6. Analiza adekwatności świadczeń i zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludzi starszych

W ramach działania zrealizowano dwa zadania szczegółowe. W pierwszej kolejności przeprowadzono trzy badania z wykorzystaniem metod ilościowych i jakościowych. Badania ilościowe zostały wykonane metodami CATI (wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo) oraz CAWI (wywiad kwestionariuszowy wspomagany internetowo). W badaniu CATI respondentami były osoby w wieku powyżej 60 lat. Próba badawcza wyniosła 805 osób i była reprezentatywna dla kraju. Badanie metodą CAWI przeprowadzone zostało wśród pracowników socjalnych zajmujących się osobami starszymi. Badanie miało charakter ogólnopolski, wielkość próby badawczej wyniosła 378 osoby. Natomiast w badaniu jakościowym posłużono się metodą zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI lub grupa fokusowa). Wybrano dwie grupy respondentów: osoby starsze niezwiązane zawodowo z systemem ochrony zdrowia oraz przedstawiciele zawodów medycznych (lekarze, pielęgniarki) pracujący w POZ i AOS w ramach sektora publicznego.

Drugie zadanie obejmowało analizę zjawiska wielochorobowości. Analizy przeprowadzono na danych pochodzących z bazy NFZ za lata 2012-2016. Grupy pacjentów

charakteryzujących się współwystępowaniem schorzeń wyodrębniono w oparciu o metodę hierarchicznej analizy skupień. Hierarchiczna analiza skupień to klasa metod nienadzorowanego uczenia maszynowego. Poszczególne metody różnią się sposobem wykorzystywania obliczonych wartości miar odległości w celu wyodrębnienia podgrup analizowanych obiektów, w tym przypadku współwystępujących ze sobą schorzeń. Wykorzystano dwie metody analizy skupień, tj. metodę najdalszego sąsiedztwa (*complete linkage*) oraz metodę Warda.

W uzupełnieniu do analiz zorganizowano panel ekspertów w oparciu o metodę delficką. Poziom zgodności pomiędzy ekspertami został określony za pomocą wartości miary zgodności kappa Cohena oraz za pomocą indeksów zgodności opartych na matematyce zbiorów rozmytych. Zgodność pomiędzy reprezentantami poszczególnych specjalności medycznych została zobrazowana graficznie na socjogramach.

Jako ostatnią część zadania scharakteryzowano osiem indeksów wielochorobowości: Charlson Comorbidity Index (CCI), Elixhauser Comorbidity Index (ECI), Seattle Index of Comorbidity (SIC), Medication-Based Disease Burden Index (MDBI), Index of Coexisting Diseases (ICED), Incalzi Index, Samoopisowy Kwestionariusz Wielochorobowości SCQ, Geriatrycznego Indeksu Wielochorobowości. W przypadku każdego indeksu przedstawiono dane o pacjentach niezbędne do wykonania obliczeń i formuły obliczeniowe, którymi się posłużono. Opisano również wartość predykcyjną indeksów i skomentowano możliwość zastosowania w warunkach polskich.

Produktami działania były dwa kwestionariusze badania CATI i CAWI, raport zbiorczy z trzech badań jakościowych i ilościowego nt. potrzeb zdrowotnych osób starszych i adekwatności oferowanych im świadczeń, raport z analizy zjawiska współwystępowania chorób u pacjentów w wieku 60+ i analizy kosztów, raport z panelu ekspertów i opracowania indeksów wielochorobowości, oraz program komputerowy umożliwiający klasyfikowanie pacjentów na podgrupy charakteryzujące się współwystępowaniem schorzeń.

WYBRANE WYNIKI

1. ANALIZA POZYCJI PIŚMIENNICTWA NA TEMAT ADEKWATNOŚCI I EFEKTYWNOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD OSOBAMI STARSZYM

W ramach działania przeprowadzony został przegląd piśmiennictwa naukowego z zakresu adekwatności i efektywności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Wyszukiwania literatury przeprowadzono zgodnie z zasadami wykonania przeglądów systematycznych. W pierwszej kolejności dokonano przeglądu baz danych i pozycji bibliograficznych (PubMed, Medline, GBL), raportów systemowych (CBOS), baz statystycznych agend europejskich i światowych (Eurostat, OECD). Łącznie do przeglądu włączono 125 pozycji literatury. Poniżej przedstawiono wybrane pozycje piśmiennictwa, które badają zagadnienie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi.

1. **Bhaidkar, A. (2017). Geriatric Care In India: Challenges And Opportunities. Aweshkar Research Journal, 23(2), 100-103.**

Artykuł przedstawia trudności związane przyrostem liczebności osób starszych w populacji ludności w Indiach przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby tradycyjnych rodzin nuklearnych, które podejmowałyby obowiązek opieki nad starszym pokoleniem. System opieki zdrowotnej został określony jako nieprzygotowany do nadchodzących zmian. Jako rekomendowane rozwiązania przedstawiono szkolenie służby zdrowia pierwszego kontaktu w zakresie problemów medycznych osób starszych, opracowanie systemu ubezpieczeń, który zapewniałby środki na opiekę medyczną potrzebne w późnej dorosłości, rozwój współpracy pomiędzy różnymi jednostkami organizacyjnymi w zakresie opieki nad osobami starszymi.

2. **Wong, B., Ho, G. S., & Tsui, E. (2017). Development of an intelligent e-healthcare system for the domestic care industry. Industrial Management & Data Systems, 117(7), 1426-1445. doi:10.1108/IMDS-08-2016-0342.**

Artykuł prezentuje rozwiązania telemedyczne jako rozwiązanie problemu opieki medycznej nad osobami starszymi. System bazuje na danych demograficznych, danych

o codziennej aktywności pacjentów i na wskaźnikach medycznych. W analizie danych wykorzystano techniki data-mining i algorytmy sztucznej inteligencji. Opisano studium przypadku wykazujące efektywność systemu.

3. **Pascual-Saez, M., Cantarero-Prieto, D., & Castañeda, D. (2017). Public health expenditure, GDP and the elderly population: a comparative study. International Journal Of Social Economics, 44(10), 1390-1400. doi:10.1108/IJSE-03-2016-0106.**

Autorzy analizują korelacje pomiędzy wydatkami na opiekę medyczną, produktem krajowym brutto i liczebnością populacji w wieku 65+ wykorzystując dane z Hiszpanii z lat 2002-2013. Wskazują na decentralizację i na poprawę dostępu do usług medycznych w pobliżu miejsca zamieszkania, jako na działania ograniczające wydatki na służbę zdrowia.

4. **Hamdani, F. E., Masmoudi, M., Al Hanbali, A., Bouyahia, F., & Ouahman, A. A. (2017). Diagnostic and modeling of elderly flow in a French healthcare institution. Computers & Industrial Engineering, 112675-689. doi:10.1016/j.cie.2017.05.009.**

Autorzy wskazują na wzrastający procentowy udział grupy osób w wieku 65+ w populacji i na trudności w planowaniu środków finansowych na opiekę medyczną w tej grupie wynikające z braku trafnych przewidywań dotyczących długości hospitalizacji i dalszego przebiegu leczenia. Opracowali trzy modele predykcyjne oparte na łańcuchach Markova. Pierwszy trafnie przewidywał długość hospitalizacji w zależności od rodzaju oddziału, drugi – całkowitą długość trwania hospitalizacji, trzeci długość hospitalizacji w wyodrębnionych podgrupach pacjentów. Wyodrębnione podgrupy różniły się pod względem wieku, sieci oparcia społecznego oraz rodzaju i liczby współwystępujących problemów zdrowotnych.

5. **E. Guidet, B., Leblanc, G., Simon, T., Woimant, M., Quenot, J., Ganansia, O., & ... Pateron, D. (2017). Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. JAMA: Journal Of The American Medical Association, 318(15), 1450. doi:10.1001/jama.2017.13889.**

Autorzy przedstawiają badania przeprowadzone na dużej próbie 3036 osób w wieku 75+ wykazujące brak skuteczności systematycznego przyjmowania osób w tym wieku na oddziały intensywnej terapii w zakresie zmniejszenia śmiertelności pacjentów w okresie 6 miesięcy.

6. **Seonglim, L., Sang-Hee, S., Eunyoung, R., Lee, Y. G., & Hua, Z. (2014). Consumption patterns and economic status of older households in the United States. Monthly Labor Review, 1.**

Autorzy przedstawiają wyniki badań sondażowych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych w latach 2010-2011 w grupie wiekowej 65+. Przeprowadzają analizę skupień, której wyniki wskazują na istnienie podgrupy, która zmagą się z problemami finansowymi związanymi z dużymi wydatkami na opiekę medyczną. Autorzy sugerują opracowanie odpowiednich planów emerytalnych i zmiany organizacyjne w opiece medycznej, jako rozwiązanie tego problemu, możliwe do zastosowania w przyszłości.

7. **Suchecka, J., & Urbaniak, B. (2016). Determinants Of Healthy Ageing For Older People In European Countries - A Spatio-Temporal Approach. Comparative Economic Research, 19(5), 157-178. doi:10.1515/cer-2016-0043.**

Autorzy przeprowadzają analizę porównawczą dotyczącą krajów europejskich w zakresie aktywnego i zdrowego starzenia się. Wskazują, że w niektórych krajach pomimo zwiększenia liczby osób w wieku 65+, wydatki na opiekę medyczną obniżyły się. Promowanie aktywności i zdrowego starzenia się polegające m. in. na promowaniu aktywności fizycznej i systematycznego korzystania z opieki dentystycznej oraz badań diagnostycznych może mieć swoje pozytywne efekty dopiero, po co najmniej kilku latach.

8. **Fine, P. G., & Davis, M. S. (2017). Lessons from the Hospice Benefit for Advanced Illness Care. Generations, 41(1), 58.**

Autorzy podsumowują 50-letnie doświadczenia w zakresie opieki hospicyjnej, realizowanej w ramach Medicare. Przedstawiają dane, według których korzystanie z opieki hospicyjnej wydłuża życie pacjentów oraz zmniejsza koszty na opiekę medyczną. Wskazują

również na rosnącą liczbę placówek świadczących usługi i na konieczność koordynowania ich działań.

9. **Yu, Y., & Sloan, F. A. (2017). Trends in elderly health by cohort: Evidence from China. China Economic Review (1043951X), 44282. doi:10.1016/j.chieco.2017.05.001.**

Autorzy przeprowadzili analizy na dużej próbie 6335 pacjentów w kolejnych kohortach w Chinach, czyli w kraju z największą liczbą osób starszych na świecie. Przeprowadzone analizy doprowadziły do wniosku, że w kolejnych kohortach zwiększa się liczba osób, które miały udar i w konsekwencji doświadczały fizycznej niepełnosprawności. Pozostałe wskaźniki dotyczące stanu zdrowia i rozpowszechnienia chorób nie wykazały podobnego przyrostu.

10. **Brenna, E., & Gitto, L. (2017). To What Extent Is Long-term Care Representative of Elderly Care? A Case Study of Elderly Care Financing in Lombardy, Italy. International Journal Of Health Policy & Management, 6(8), 467-471. doi:10.15171/ijhpm.2017.22.**

Autorzy wykazują, że szacowanie wydatków na opiekę medyczną skierowaną do osób starszych poprzez określanie wydatków na opiekę długoterminową jest nieprecyzyjne i nie uwzględnia wszystkich zmiennych istotnych dla problemu i złożonych uwarunkowań. Z jednej strony takie postępowanie nadszacowuje koszty, ponieważ opieka długoterminowa jest skierowana również do osób młodszych, np. do osób niepełnosprawnych, z drugiej strony nie doszacowuje kosztów związanych z innymi formami opieki skierowanymi do osób starszych.

11. **Schultz, J. S., André, B., & Sjøvold, E. (2016). Managing innovation in eldercare: A glimpse into what and how public organizations are planning to deliver healthcare services for their future elderly. International Journal Of Healthcare Management, 9(3), 169-180. doi:10.1080/20479700.2016.1142048.**

Autorzy analizują poziom opieki medycznej skierowanej do osób starszych w Norwegii. Przeprowadzili wywiady z osobami starszymi aktywnymi zawodowo. Sformułowali następujące wnioski: potrzebne jest powszechne wprowadzanie rozwiązań

technologicznych typu smart home, wprowadzających udogodnienia dla osób starszych, osoby pracujące w instytucjach mających kontakt z osobami starszymi powinny brać udział w odpowiednich szkoleniach, pozostawanie osób starszych w zatrudnieniu jest czynnikiem sprzyjającym zdrowemu starzeniu się, decyzje dotyczące opieki medycznej skierowanej do osób starszych powinny opierać się na teoriach i wynikach badań dotyczących starzenia się.

12. **Araujo de Carvalho, I., Epping-Jordan, J., Pot, A. M., Kelley, E., Toro, N., Thiagarajan, J. A., & Beard, J. R. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bulletin Of The World Health Organization, 95(11), 756. doi:10.2471/BLT.16.187617.**

Autorzy, analizując sytuację osób starszych wskazują, że zamiast leczenia poszczególnych chorób traktowanych jako odrębnych schorzeń potrzebne jest zintegrowane działanie wobec osób starszych, mające na celu poprawę ich możliwości sprawnego funkcjonowania w codziennym życiu. Wskazują też, że w przypadku osób starszych konieczna jest integracja działań przeprowadzanych na polu opieki medycznej z działaniami pomocy społecznej. Podkreślają, że również postępowanie diagnostyczne powinno uwzględniać wiele wymiarów funkcjonowania i powinno być prowadzone w odniesieniu do poziomu sprawności osób starszych w codziennym życiu.

2. ANALIZA PROJEKTÓW OGÓLNOPOLSKICH PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ SKIEROWANYCH DO OSÓB STARSZYCH

W ramach działania opracowana została ekspertyza zawierająca wyniki analizy rządowych programów ogólnopolskich, w których znalazły się działania nakierowane na utrzymanie i poprawę zdrowia osób powyżej 60 r. ż. Analizie poddano siedem programów. Projekty analizowano pod kątem jasno zdefiniowanego celu głównego, opisów ich realizacji oraz źródeł finansowania w kontekście zdrowia osób starszych. Na podstawie

przeprowadzonej analizy przygotowano wnioski końcowe wskazujące na cechy wspólne programów, ewentualne braki oraz potrzeby osób starszych.

Ze względu na specyfikę opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, u których często oprócz chorób występują ograniczenia poznawcze oraz ruchowe wymagane jest podejmowanie działań interdyscyplinarnych z zakresu opieki zdrowotnej i opieki społecznej, dlatego w analizie uwzględniono programy poruszające kwestie mające wpływ na ogólny dobrostan osób starszych. Analizie poddano programy funkcjonujące w momencie realizacji działania (wrzesień 2017 – luty 2018).

Ogólnopolskie programy polityki zdrowotnej skierowane do osób starszych:

- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020

Założenia przygotowane zostały przez Radę ds. Polityki Senioralnej. Jest ona organem pomocniczym Ministra Pracy i Polityki Społecznej i do stałego udziału w jej pracach zostali zaproszeni przedstawiciele ministerstw oraz centralnych organów administracji publicznej, jak również przedstawiciele organizacji jednostek samorządu terytorialnego, organizacji trzeciego sektora i eksperci. W wyniku dyskusji i uzgodnień Rady zidentyfikowano większość czynników, które mają istotny wpływ na funkcjonowanie osób starszych.

W dokumencie pojawia się definicja polityki senioralnej. Według niej polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. Obszar działań podzielony został na priorytety i cele szczegółowe. W obszarze zdrowia celem jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii poprzez promocję zdrowia oraz rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych. Organem odpowiedzialnym za realizację Założeń jest Rząd Rzeczypospolitej, a bezpośrednio odpowiedzialnym jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego. W założeniach jest to projekt bez kosztowy.

- Rządowy Program na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012 – 2013
ASOS

Inspiracją do stworzenia Rządowego Programu na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2012 – 2013 była identyfikacja problemów osób starszych, wynikająca z pogłębionej analizy i debaty dotyczącej procesów społecznych i demograficznych zachodzących w naszym kraju, na tle długofalowych wyzwań rozwojowych. Niezwykle ważne było zastosowanie w praktyce zasady partnerstwa publiczno-społecznego. Wyrazem nowego podejścia do problematyki osób starszych było podmiotowe ujęcie tej kwestii społecznej. Program był przedsięwzięciem kompleksowym, uwzględniającym obszary i kierunki wsparcia umożliwiające poprawę jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Program zakładał praktyczne włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów. Celem głównym Programu była poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Program był adresowany do społeczeństwa i decydentów w administracji publicznej, a także do tzw. trzeciego sektora (NGO) i sektora prywatnego. Program ASOS kładł nacisk na współpracę międzysektorową - organizacji pozarządowych, które wspólnie z jednostkami samorządu terytorialnego oraz uczelniami przyczyniają się do rozwoju społecznego w wymiarze lokalnym i był finansowany z budżetu państwa.

- Rządowy Program na rzecz aktywności społecznej osób starszych na lata 2014– 2020
ASOS II

Podstawą dla zaprojektowania Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 stały się doświadczenia z realizacji Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013, współpraca z organizacjami realizującymi projekty w ramach komponentu konkursowego Programu oraz szeroki dialog z przedstawicielami sektora pozarządowego, środowisk naukowych i eksperckich, samorządów, administracji centralnej, organizacji związkowych i organizacji pracodawców, prowadzony m.in. w ramach działalności Rady ds. Polityki Senioralnej. Program zakłada praktyczne włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów. Doświadczenia Programu ASOS 2012–2013 wskazują na trafne wyodrębnienie priorytetów obejmujących sferę edukacji osób starszych, integrację wewnątrz- i międzypokoleniową, partycypację obywatelską osób starszych oraz szeroko

rozumiane usługi społeczne, z akcentem na aktywność w formie wolontariatu osób starszych. Celem głównym Programu jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych dla godnego starzenia się poprzez aktywność społeczną. Środki finansowe przeznaczane na Program pochodzą z budżetu państwa.

- Program „Solidarność pokoleń”. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+

Program „Solidarność pokoleń” jest pakietem działań rządowych zmierzających do zwiększenia zatrudnienia osób powyżej 50-tego roku życia w Polsce. Program ten zakłada z jednej strony działania, które zwiększają zachęty do zatrudnienia osób w wieku 50+ przez przedsiębiorców, a z drugiej strony działania, które sprzyjają poprawie kwalifikacji, umiejętności i efektywności pracy tych osób. Głównym celem programu „Solidarność pokoleń” jest osiągnięcie w perspektywie do 2020 r. wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55-64 lata na poziomie 50%, określonym w Strategii Lizbońskiej.

- Ogólnopolski program „Senior-Wigor” na lata 2015-2020

Program zakłada wspieranie finansowe jednostek samorządu terytorialnego w zakresie realizacji zadań własnych określonych w art. 17 ust. 2 pkt 3, art. 19 pkt 11 oraz art. 21 pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, z późn. zm.1). Celem strategicznym Programu jest wsparcie seniorów poprzez dofinansowanie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior-WIGOR”

i Klubów „Senior-WIGOR”, ze szczególnym uwzględnieniem jednostek samorządu, charakteryzujących się niskimi dochodami i/lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem oraz brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania.

- Kampania informacyjna „Bezpieczny i Aktywny Senior”

Celem głównym kampanii „Bezpieczny i Aktywny Senior” jest podwyższenie świadomości polskiego społeczeństwa na temat kwestii związanych z bezpieczeństwem oraz

aktywnością osób starszych. Uwrażliwienie społeczeństwa na kwestie związane z osobami starszymi pozwoli na wzmocnienie tradycyjnego, społecznie i kulturowo uwarunkowanego, opartego na rodzinnych wartościach obrazu osób starszych w społeczeństwie. Pierwszym z filarów kampanii jest bezpieczeństwo osób starszych. Celem kampanii „Bezpieczny i Aktywny Senior” w obszarze bezpieczeństwa jest wzmacnianie świadomości społecznej na temat bezpieczeństwa osób starszych, a co za tym idzie ograniczenie liczby nadużyć popełnianych na szkodę osób starszych, ochronę interesów konsumentów (seniorów) oraz promocję zdrowego i bezpiecznego stylu życia wśród seniorów. Drugim filarem kampanii jest szeroko rozumiana aktywność osób starszych – zawodowa, społeczna, sportowa, edukacyjna, kulturalna i rekreacyjna.

- Program „Opieka 75+”

Program zakłada poprawę jakości życia osób w wieku 75+, umożliwienie gminom rozszerzenia oferty w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla tej grupy, jak również wsparcie finansowe gmin w wypełnianiu zadań własnych o charakterze obowiązkowym. Strategicznym celem Programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób samotnych, starszych - w wieku 75 lat i więcej. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Na podstawie analizy programów przygotowane zostały wnioski wskazujące na obszary wymagające zmian w zakresie polityki senioralnej.

- Efektywna polityka senioralna powinna zakładać równowagę między potrzebami somatycznymi, psychologicznymi i społecznymi osób w wieku podeszłym oraz aktywizację społeczną osób w wieku podeszłym.
- Niezwykle istotne jest zwiększenie zasięgu programów rozwijających aktywność osób starszych. Szczególnie dotyczy to osób samotnych zamieszkujących małe gminy.

- Promowanie aktywności edukacyjnej oraz wszelkich innych form aktywności społecznej ma na celu przeciwdziałanie izolacji społecznej osób w podeszłym wieku i jest szczególnie ważne wśród osób z niskim poziomem wykształcenia, mieszkających na wsi.
- Osoby w wieku podeszłym oczekują szkoleń przybliżających im nowe technologie ułatwiające codzienne funkcjonowanie (potrzeba zdobywania umiejętności w zakresie obsługi sprzętu komputerowego, korzystania z Internetu, telefonów komórkowych, sprzętu multimedialnego i obsługi bankomatu).
- Coraz więcej osób po 65 roku życia jest leczonych w poradniach zdrowia psychicznego oraz w poradniach uzależnień. Brak programów skierowanych do tej grupy osób.
- Istnieje potrzeba większej liczby programów dla osób w wieku przedemerytalnym. Rozwijanie zainteresowań (jeszcze w czasie pracy zawodowej) pomoże uniknąć tzw. „pustki emerytalnej”.
- Przy planowaniu i realizacji działań na rzecz poprawy sytuacji osób w wieku podeszłym niezbędne jest rozwijanie środowiskowych usług opiekuńczych, wspierających podopiecznego i jego opiekuna rodzinnego.
- Brak jest programów ogólnokrajowych podnoszących wiedzę i umiejętności rodzin i opiekunów osób starszych, szczególnie w kwestii pracy i obsługi osób starszych z zaburzeniami psychicznymi i emocjonalnymi.
- Prowadzone programy rzadko są poddawane ewaluacji, a co z tym się wiąże nie wiadomo czy realizacja ich przebiegała w zgodzie ze zdrowiem publicznym opartym na faktach (EBPH).
- Brakuje platformy, która gromadziłaby dane, monitorowała prowadzenie działań promocji zdrowia oraz pomagałaby podmiotom realizującym programy polityki zdrowotnej, programy zdrowotne wymieniać się doświadczeniem, dobrymi praktykami, a także wiedzą niezbędną przy budowaniu takich programów.

3. ANALIZA ZASOBÓW SYSTEMU OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI ORAZ ICH OPTYMALIZACJA

W ramach działania wykonane zostały dwa zadania szczegółowe: analiza zasobów infrastruktury opieki geriatrycznej oraz badanie ilościowe wśród opiekunów nieformalnych osób starszych.

Zadanie 1. Analiza zasobów infrastruktury

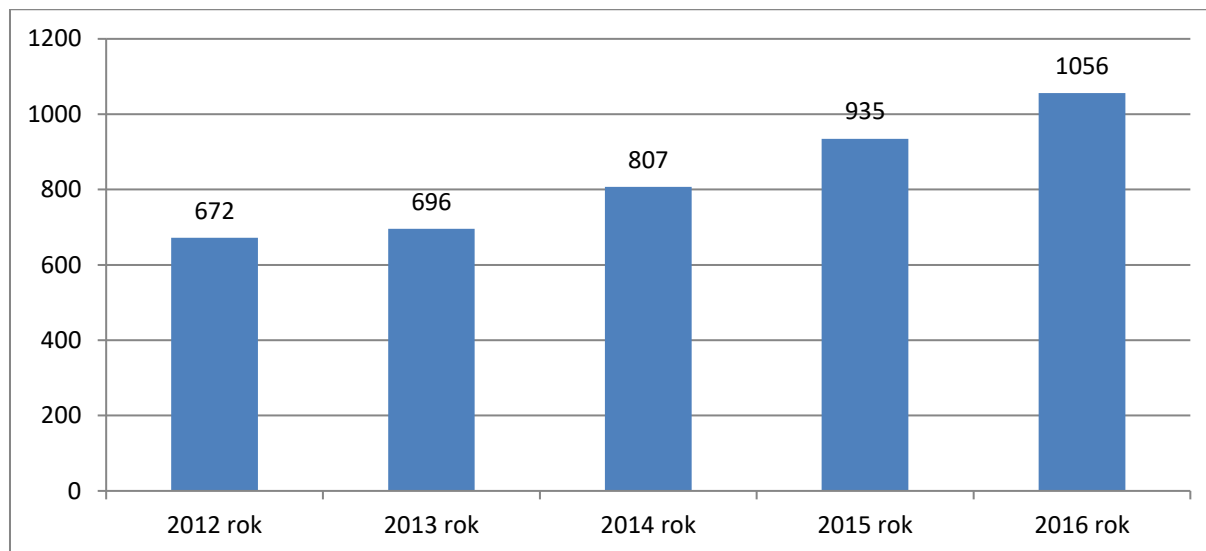
W pierwszej kolejności dokonano analizy zasobów infrastruktury opieki zdrowotnej nakierowanej na leczenie osób starszych. W analizie korzystano z oficjalnych statystyk Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego oraz Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Dane uzyskane z powyższych źródeł, o ile było to możliwe, przedstawiono w ujęciu krajowym, jak i w podziale na województwa. Opisano również stosunkowo nową składową infrastruktury opieki zdrowotnej, jaką jest dzienny ośrodek opieki geriatrycznej. Ośrodki tego typu wpisują się w model dziennych domów opieki medycznej, będącej jedną z form deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej.

Przedstawienie stanu infrastruktury opieki zdrowotnej nad osobami starszymi jest zadaniem skomplikowanym merytorycznie. Należy pamiętać, iż ze względu na wciąż rozwijającą się bazę oddziałowo-łóżkową oraz na metody wyceny świadczeń zdrowotnych znaczna część pacjentów leczona jest na innych niż geriatryczne oddziałach, najczęściej na oddziale chorób wewnętrznych czy oddziale kardiologicznym. W analizie skupiono się na jednostkach całościowo wpisujących się w zakres opieki geriatrycznej w celu jasnego przedstawienia ilościowego stanu rzeczywistego, a nie tylko szacunków własnych. Następnie przeprowadzono analizę danych na temat istniejących kadr medycznych, ich wysycenia oraz zadań w opiece nad osobami starszymi. Informacje statystyczne wykorzystane w analizie pochodziły z oficjalnych rejestrów Naczelnej Izby Lekarskiej, krajowego konsultanta w dziedzinie geriatrici, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Dane

uzyskane z rejestrów krajowych porównano z oficjalnymi statystykami agend europejskich: Eurostat i OECD. W analizie przedstawiono sytuację zawodów medycznych, które uczestniczą w świadczeniu opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Należy zwrócić uwagę, iż prócz lekarzy, w szczególności specjalistów geriatry będących podstawą budowania systemu opieki nad seniorami i pielęgniarek, w opracowaniu ujęto statystyki dotyczące fizjoterapeutów. Ze względu na duży udział schorzeń wymagających rehabilitacji w ogólnej liczbie schorzeń, grupa ta odgrywa istotną rolę w procesie leczenia osób powyżej 60 roku życia.

Lecznictwo szpitalne

W ciągu ostatnich lat widać postępujący wzrost liczby łóżek geriatrycznych. W 2016 roku liczba tych łóżek na oddziałach geriatrycznych wyniosła 1 056. Jest to istotny wzrost względem roku poprzedniego, o 121 łóżek (ryc. 1). O ile w obecnej sytuacji demograficznej polskiego społeczeństwa jest to tendencja pozytywna, jednak wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wynosi 0,3 i pozostaje stosunkowo niski. Liczba leczonych w 2016 roku na oddziałach geriatrycznych wyniosła 29 845 osób (wskaźnik na 10 tys. ludności – 7,8). Przeciętnie chory spędził 8 dni na oddziale w ramach stacjonarnego leczenia szpitalnego. Analizując powyższe informacje daje to wskaźnik 28,9 leczonych przypadających na jedno łóżko geriatryczne. Według danych CSIOZ roczny poziom wykorzystania łóżek geriatrycznych w 2016 roku wyniósł niewiele ponad 63 procent. W podziale na województwa największa liczba łóżek geriatrycznych w 2016 roku znajdowała się w województwie śląskim – 352 łóżka oraz w województwie mazowieckim – 117 łóżek.



Ryc. 1 Liczba łóżek geriatrycznych w Polsce w latach 2012-2016

Źródło: Biuletyny statystyczne CSIOZ <https://www.csioz.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny/>

Liczba oddziałów geriatrycznych według danych Ministerstwa Zdrowia w 2016 roku wyniosła 48 oddziałów. Postępujący wzrost liczby oddziałów geriatrycznych jest zjawiskiem pozytywnym, zastanawiać jednak może tempo tego wzrostu w porównaniu do potrzeb zdrowotnych osób starszych. Najwięcej oddziałów geriatrycznych znajdowało się w województwie śląskim – 13 i województwie mazowieckim – 7. Jedynie w województwie warmińsko-mazurskim nie funkcjonował żaden oddział geriatryczny (tab. 1).

Tab. 1 Oddziały geriatryczne w szpitalach ogólnych w latach 2012-2016

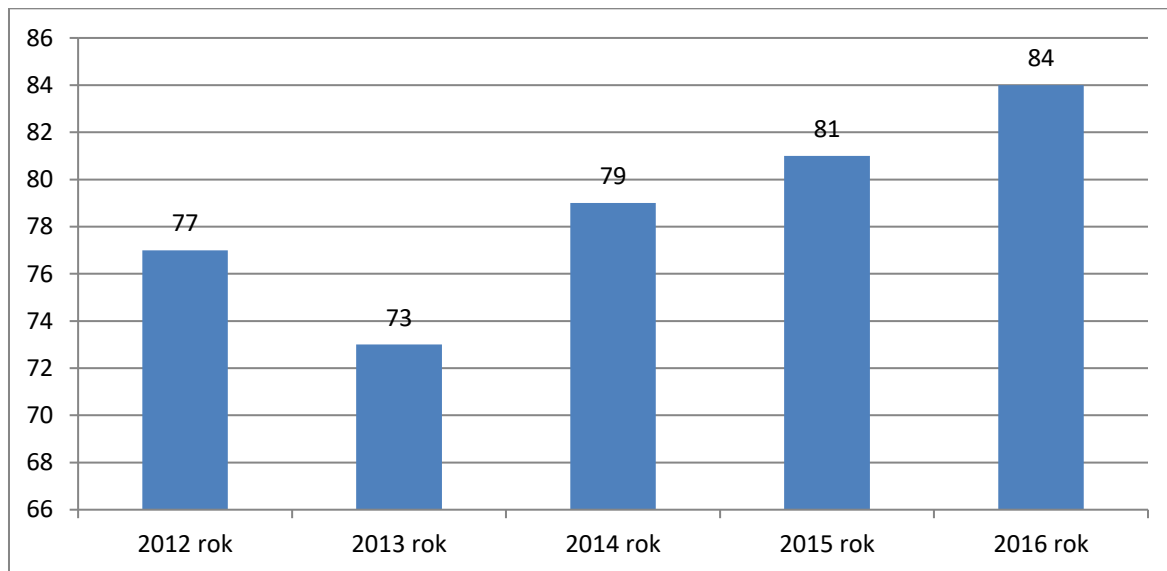
Województwo	Oddział geriatryczny				
	2012 rok	2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok
POLSKA	29	31	38	41	48
DOLNOŚLĄSKIE	2	2	4	4	4
KUJAWSKO-POMORSKIE	1	1	1	2	2
LUBELSKIE	3	4	4	3	3
LUBUSKIE	1	1	1	1	2
ŁÓDZKIE	2	2	2	2	2
MAŁOPOLSKIE	2	2	4	4	4
MAZOWIECKIE	0	0	0	4	7
OPOLSKIE	2	2	2	2	2
PODKARPACKIE	2	2	3	3	3
PODLASKIE	1	1	1	1	1
POMORSKIE	0	0	0	0	1
ŚLĄSKIE	11	11	12	11	13
ŚWIĘTOKRZYSKIE	0	1	2	2	2
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	0	0	0	0	0
WIELKOPOLSKIE	1	1	1	1	1
ZACHODNIOPOMORSKIE	1	1	1	1	1

Źródło: Główny Urząd Statystyczny <http://swaid.stat.gov.pl/SitePages/StronaGlownaDBW.aspx>

Poradnie geriatryczne

Według danych GUS osobom w wieku 65 lat i więcej w 2016 roku udzielono 52 mln porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Stanowiły one około 1/3 wszystkich porad udzielonych w ramach POZ w tym roku w Polsce (166 mln). W zakresie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w 2016 roku osobom starszym udzielono ponad 31 mln porad z 116 mln ogółem. Jedynie 73 tysiące porad zostało udzielonych w ramach specjalistycznej opieki geriatrycznej.

W 2016 roku w Polsce funkcjonowały 84 przychodnie geriatryczne (ryc. 2). W przedstawionym okresie pięciu lat przybyło 7 nowych poradni geriatrycznych. Należy zaznaczyć, że przeniesienie leczenia pacjenta do poziomu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest korzystne zarówno dla świadczeniobiorcy, jak i dla systemu. Z punktu widzenia pacjenta istotne jest kontynuowanie leczenia przede wszystkim w środowisku domowym, natomiast z punktu widzenia ekonomii przeniesienie ciężaru leczenia na poziom ambulatoryjny generuje niższe koszty leczenia.



Ryc. 2 Liczba poradni geriatrycznych w latach 2012-2016 w Polsce

Źródło: Główny Urząd Statystyczny <https://stat.gov.pl/>

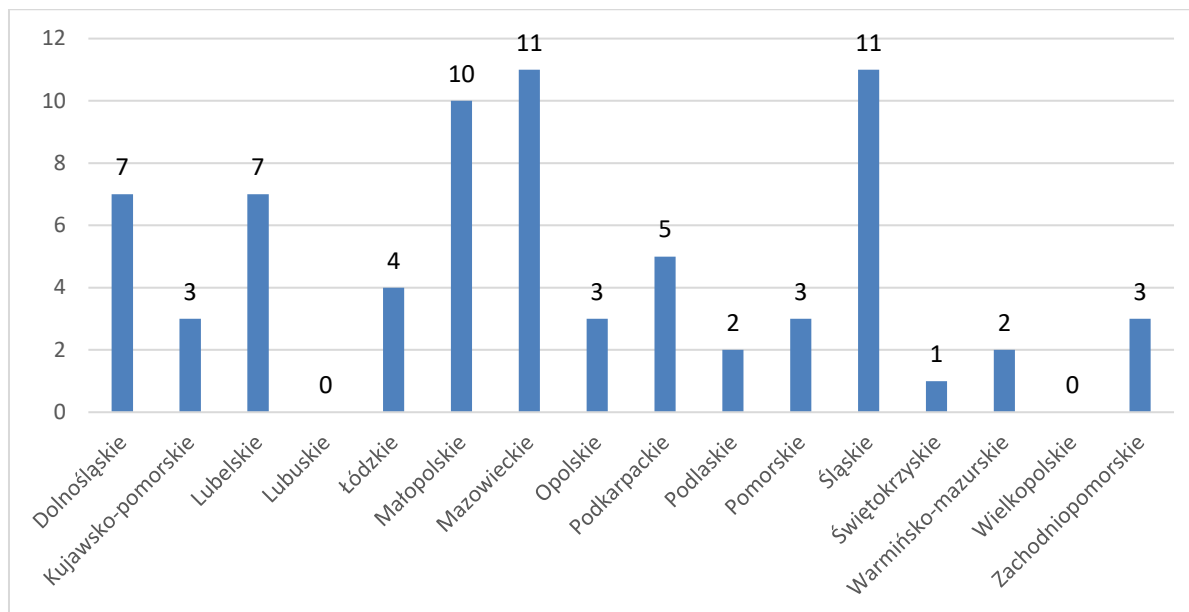
Dzienny ośrodek opieki geriatrycznej

Stosunkowo nową częścią infrastruktury opieki zdrowotnej nad osobami starszymi są dzienne ośrodki opieki geriatrycznej. Wpisują się one w model dziennych domów opieki medycznej (DDOM). Według definicji Ministerstwa Zdrowia dzienny dom opieki medycznej „jest jedną z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. DDOM jest wyodrębnioną strukturalnie częścią podmiotu leczniczego (podmiotu leczniczego realizującego świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym np. poradni geriatrycznej lub opieki długoterminowej). W dziennym domu opieki medycznej zapewnia się opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych”¹².

Dzienne ośrodki opieki geriatrycznej mają za zadanie wesprzeć w swoich działaniach przede wszystkim leczenie szpitalne. Do tej pory pacjenci geriatryczni, ze względu na deficyt specjalistycznych oddziałów geriatrycznych, często leczeni są m.in. na oddziałach chorób wewnętrznych. Oddziały te nie są dostosowane do kompleksowego i długoterminowego leczenia osoby starszej. Pacjent w wieku 60+ często wymaga długotrwałej opieki zdrowotnej po zakończeniu bezpośredniego leczenia. Ośrodki takiego rodzaju w założeniu mają pokryć ten aspekt opieki nad pacjentem geriatrycznym przy bezpośrednim odciążeniu systemu opieki zdrowotnej.

W dniu 30.09.2017 roku według RPWDL zarejestrowane były 72 dzienne ośrodki opieki geriatrycznej. Sytuacja rozkładu według województw pozostaje bardzo zbliżona względem oddziałów i poradni geriatrycznych, województwa śląskie i mazowieckie posiadają największą liczbę funkcjonujących ośrodków opieki geriatrycznej – 11 (ryc. 3).

¹² Ministerstwo Zdrowia – Dzienny dom opieki medycznej. Organizacja i zadania. Maj 2015.



Ryc. 3 Podmioty lecznicze, które zarejestrowały w RPWDL dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, stan na 30.09.2017

Źródło: RPWDL <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>

Zasoby kadrowe

Do zawodów medycznych, które będą najbardziej obciążone starzeniem się społeczeństwa, a co za tym idzie zwiększoną ilością pacjentów w starszym wieku należą przede wszystkim lekarze, szczególnie geriatrzy, jako specjaliści dedykowani tej grupie pacjentów, ale również lekarze pierwszego kontaktu: lekarze rodzinni oraz interniści. Zwiększona liczba pacjentów w starszym wieku przełoży się również na zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy innych specjalizacji. Drugą grupą zawodową stanowiącą podstawę opieki geriatrycznej są pielęgniarki, zwłaszcza pielęgniarki ze specjalizacją geriatryczną, rodzinną, zachowawczą oraz z opieki paliatywnej i długoterminowej. Z pozostałych zawodów medycznych należy podkreślić rolę fizjoterapeutów w procesie opieki zdrowotnej nad osobami w wieku 60+.

Lekarze

Lekarzy, którzy zajmują się leczeniem osób w wieku starszym można podzielić na trzy grupy (tab. 2):

1. Specjalizacje będące pierwszym kontaktem chorych z systemem opieki zdrowotnej - lekarze medycyny rodzinnej oraz lekarze internści.

Lekarze ci stanowią trzon opieki nad osobami starszymi. Powinni pełnić bezpośredni nadzór nad zdrowiem i prowadzić leczenie przewlekłych schorzeń pacjentów. Oni również powinni zajmować się diagnostyką nowych dolegliwości oraz monitorowaniem zaostrzeń chorób przewlekłych, by w razie zajścia takiej potrzeby kierować pacjentów pod opiekę specjalistyczną, w zależności od sytuacji sprawowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, bądź w ramach leczenia szpitalnego. W trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych w 2017 roku było ok. 2 tysięcy osób (dane z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego). Według danych z 2015 roku publikowanych przez NIL średni wiek specjalisty wyniósł 52,9 lat, a średni wiek lekarza uzyskującego specjalizację to 34,4 lat.

2. Lekarze specjaliści, którzy w swej praktyce prowadzą dużą część schorzeń wieku podeszłego w dziedzinach takich jak: kardiologia, hipertensjologia, neurologia, psychiatria, rehabilitacja medyczna, onkologia.

3. Lekarze dedykowani specyfice wieku podeszłego, czyli lekarze geriatrzy.

Tab. 2 Liczba specjalistów wybranych dziedzin medycyny - stan na dzień 30.09.2017

Dziedzina medycyny	Specjaliści	Specjaliści aktywnie wykonywujący zawód
Geriatrya	423	413
Hipertensjologia	340	337
Kardiologia	4320	4239
Medycyna rodzinna	11 472	11 101

Choroby wewnętrzne	31 264	29 090
Psychiatria	4 422	4 143
Neurologia	4 622	4 289
Onkologia	881	866
Rehabilitacja medyczna	2 134	1 977

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centralnego Rejestru Lekarzy RP Naczelnej Izby Lekarskiej <https://nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy>

Proces kształcenia specjalizacyjnego lekarzy geriatrów trwa 5 lat, specjalizacja składa się z dwóch modułów: podstawowego - trwającego 3 lata i specjalistycznego - trwającego 2 lata. Moduł podstawowy może być zastąpiony specjalizacją drugiego stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Od 23 stycznia 2004 r. m.in. z powodu niedoboru lekarzy geriatrów i trudności zabezpieczenia dostępności świadczeń w zakresie geriatrii, jest ona priorytetową dziedziną medycyny. Pomimo tej zmiany, lekarze dalej w małym stopniu decydują się na kształcenie w tym kierunku. W 2017 roku w trakcie specjalizacji były 163 osoby w całej Polsce, a liczba wolnych miejsc specjalizacyjnych wynosiła 67 (dane z dnia 2.10.2017). Dane uzyskano od konsultanta krajowego w tej dziedzinie.

Pielęgniarki

Obok lekarzy, pielęgniarki stanowią trzon kadr medycznych. W kwestii opieki nad osobami starszymi również w zawodzie pielęgniarki istotnym jest zwiększanie zasobów kadrowych. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych dostępnych za 2016 rok liczba zarejestrowanych pielęgniarek wynosiła 288 395 osoby. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1 000 mieszkańców wynosił 7,5 dla Polski i wahał się od 6,43 do 8,45 w zależności od województwa. W szczególności istotną rolę w opiece geriatrycznej odgrywają przedstawiciele zawodu, którzy ukończyli kursy kwalifikacyjne oraz posiadający tytuł

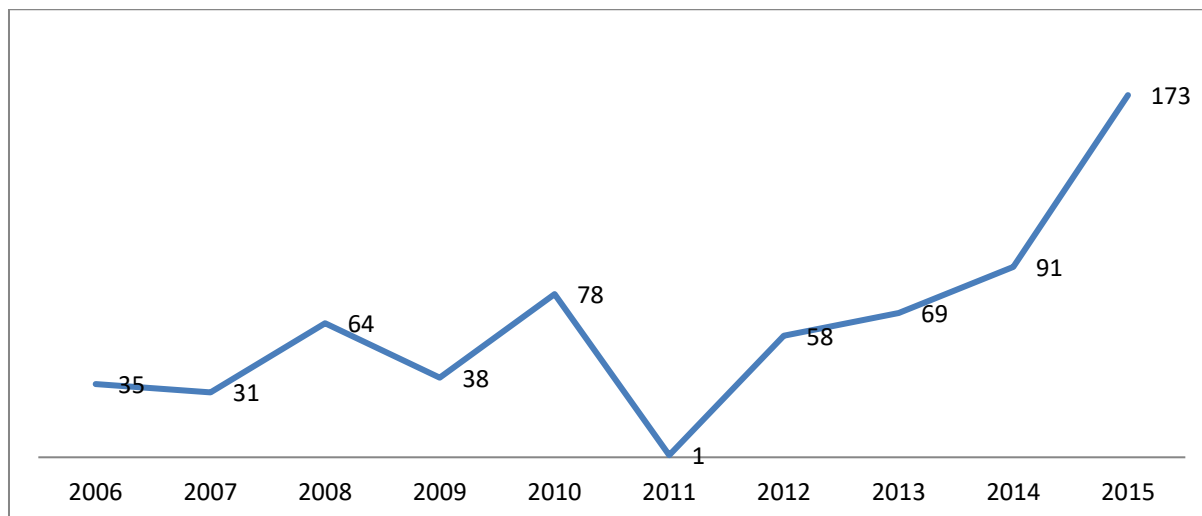
specjalisty geriatrici, interny, pielęgniarstwa rodzinnego, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej (tab. 3)

Tab. 3 Liczba osób kończąca wybrane specjalizacje pielęgniarstwa szczególnie ważne dla opieki nad osobami starszymi od 2002 do 2016 roku

Specjalizacja pielęgniarstwa	Liczba osób ze specjalizacją w danej dziedzinie w latach 2002-2016 (do sesji wiosennej)
Geriatricia	690
Opieka paliatywna	818
Opieka długoterminowa	2 242
Pielęgniarstwo rodzinne	896
Pielęgniarstwo zachowawcze (internistyczne)	4 423
Kardiologia	1 808

Źródło: Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”, Warszawa 2017, <https://nipip.pl/raport-naczelniej-rady-pielęgniarek-polożnych-zabezpieczenie-społeczeństwa-polskiego-swiadczenia-pielęgniarek-polożnych-2017-r/>

Istotnym faktem w aspekcie przemian demograficznych jest wyodrębniona specjalizacja z geriatrici. Specyfika pracy z osobami starszymi, które oprócz wielochorobowości i polipragmazji, często posiadają również różnego stopnia zaburzenia zachowania, wymaga specyficznych umiejętności pielęgniarstwa. Liczba wyspecjalizowanych w tej dziedzinie osób w 2017 roku była niska – 690 pielęgniarek. Zauważalny jest jednak trend rosnący w liczbie osób kończących tę specjalizację (ryc. 4).



Ryc. 4 Liczba pielęgniarek kończących specjalizację geriatryczną w okresie 2006-2015

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych 2016 rok, <http://www.ckppip.edu.pl/>

Fizjoterapeuci

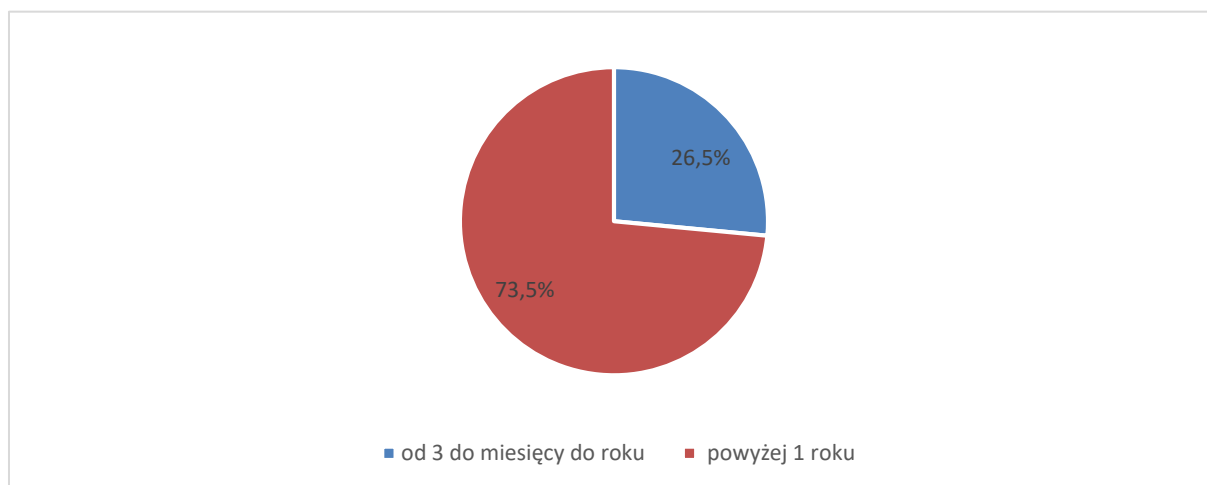
Fizjoterapeuci są w Polsce trzecim, co do liczebności zawodem medycznym, a zapotrzebowanie na ich usługi rośnie. Ze względu na starzenie się społeczeństwa, potrzeby rehabilitacyjne będą wzrastały. Zwiększona liczba chorych wymagających rehabilitacji poudarowej, pozawałowej, jak również ortopedycznej, będzie przekładała się na duże zapotrzebowanie na dobrze wykwalifikowaną kadrę fizjoterapeutów. Liczba fizjoterapeutów pracujących w placówkach ochrony zdrowia według danych CSIOZ wynosiła w 2014 roku - 16 737 osób (wskaźnik na 10 tys. ludności – 4,3), w 2015 roku - 17 491 osób (wskaźnik 4,6), w 2016 roku - 24 022 osoby (wskaźnik 6,3). Dodatkowo w 2016 roku według danych CSIOZ w podmiotach leczniczych pracowało 5 500 techników fizjoterapii.

Zadanie 2. Badanie ilościowe wśród opiekunów nieformalnych osób starszych

W drugiej części działania przeprowadzono badanie problemu opieki nad osobami starszymi przez opiekunów nieformalnych w aspekcie zdrowotnym w celu analizy współpracy i komunikacji sektora medycznego i socjalnego oraz opiekuna nieformalnego w zakresie opieki nad osobą powyżej 60 roku życia. Na potrzeby badania opiekun nieformalny został zdefiniowany jako osoba pełnoletnia, która nie sprawuje opieki nad osobą starszą

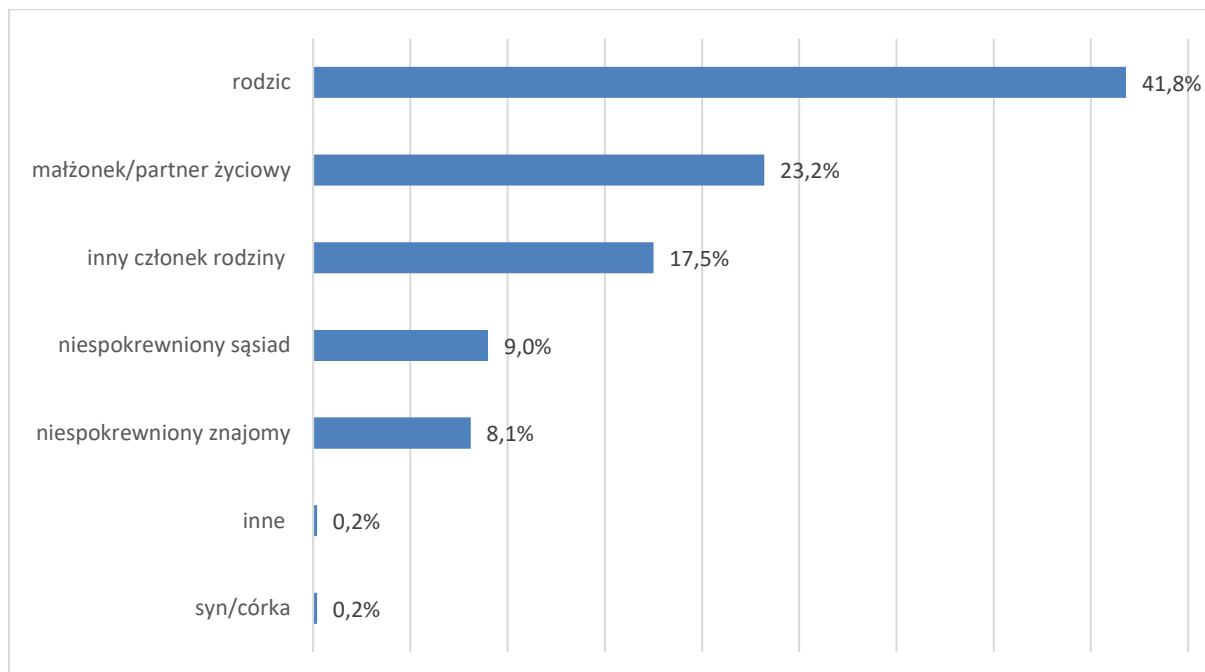
w ramach umowy o pracę oraz nie pobiera oficjalnego wynagrodzenia za swoją pomoc udzielaną seniorowi, który nie jest samodzielny lub którego zdrowie albo dobrostan pogorszyłby się bez jej wsparcia. Założono, iż opiekunem nieformalnym są przede wszystkim członkowie rodziny seniora, jego współmałżonek, dzieci, rodzice, dalsi krewni oraz znajomi i sąsiedzi. Badanie przeprowadzono na losowo wybranej próbie 1 000 respondentów, będącej, reprezentatywną dla kraju. Pytania ujęto w kilku obszarach tematycznych.

Na podstawie uzyskanych wyników zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu zadeklarowała, że w 2017 roku opiekowała się osobą powyżej 60 roku życia (93,9%). W przypadku $\frac{3}{4}$ badanych udzielało pomocy osobie starszej dłużej niż rok. Pozostali (26,5% badanych) opiekowało się swoim podopiecznymi od 3 do 12 miesięcy (ryc. 5).



Ryc. 5 Długość świadczenia opieki nad osobą starszą przez opiekuna nieformalnego

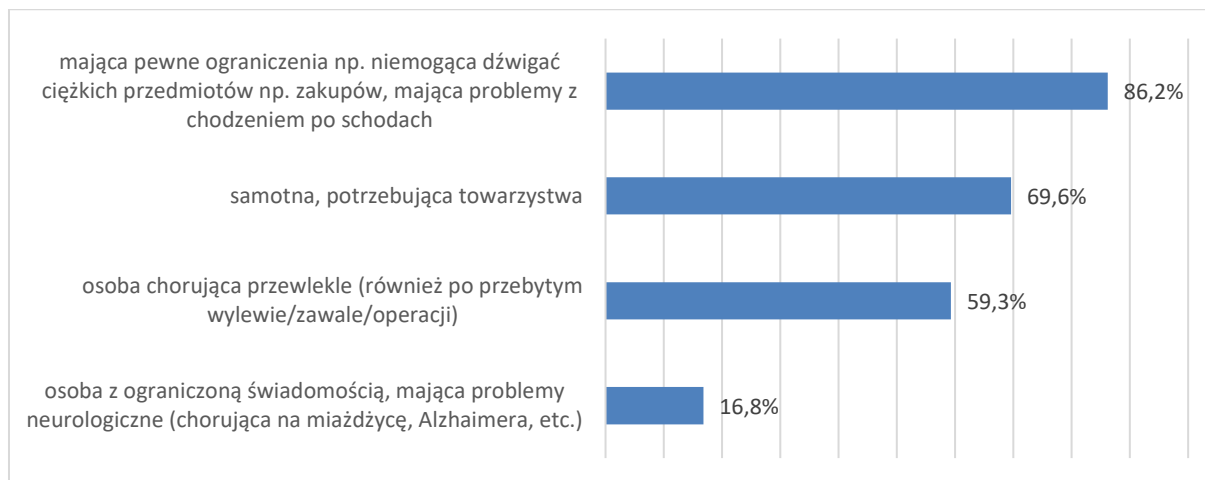
Blisko połowa opiekunów miała pod opieką własnych rodziców (41,8%). Prawie co 4 badany zajmował się swoim małżonkiem, partnerem (23,2%). Innym członkiem rodziny (najczęściej babcią, dziadkiem, ciocią, wujkiem) zajmowało się 17,5% badanych opiekunów. Opieka nad osobami niespokrewnionymi była mniej popularna. Pomocy sąsiadom udzielało 9,0% osób, a znajomym 8,1%. (ryc. 6).



Ryc. 6 Stopień pokrewieństwa, powinowactwa opiekuna z podopiecznym

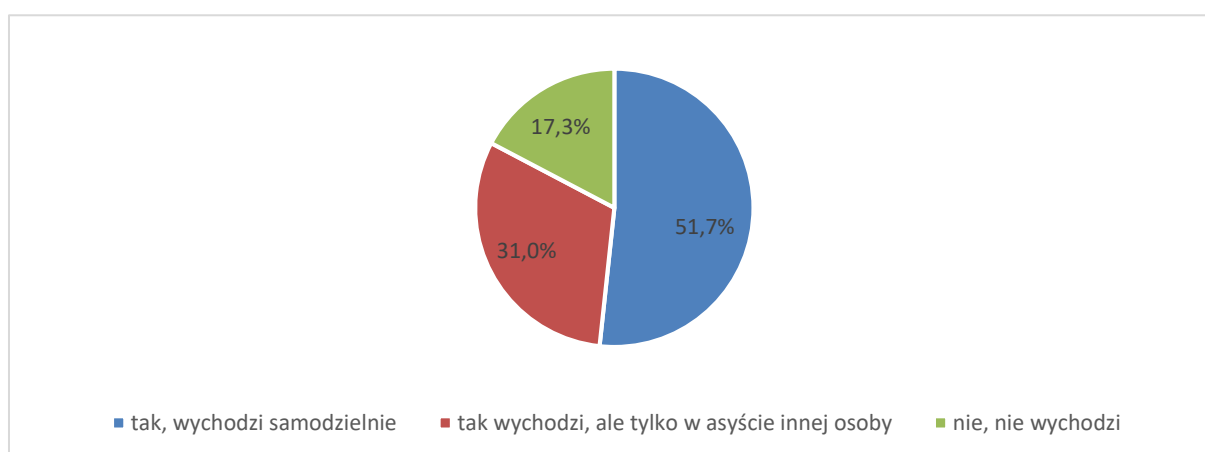
Sytuacja zdrowotna i warunki mieszkaniowe podopiecznego

Prawie połowa starszych osób, którymi zajmowali się opiekunowie nieformalni mieszkała sama (47,4%). Od zawsze wspólnie z opiekunem zamieszkiwało 37,1% podopiecznych. Co 10 starsza osoba przeprowadziła się do domu opiekuna ze względu na wiek i/lub stan zdrowia (9,1%). W 86,2% przypadków, podopiecznych stanowiły osoby mające pewne ograniczenia, np. niemogące dźwigać ciężkich przedmiotów, mające problemy z chodzeniem po schodach, itp. Znaczny odsetek starszych osób stanowiły również osoby samotne, potrzebujące towarzystwa (69,6%). Ponad połowa osób starszych pozostających pod opieką opiekuna nieformalnego miała zdiagnozowane choroby przewlekłe (również osoby po przebytym wylewie, zawale czy operacji) (59,3%) (ryc. 7).



Ryc. 7 Charakterystyka osoby starszej korzystającej ze wsparcia opiekuna nieformalnego

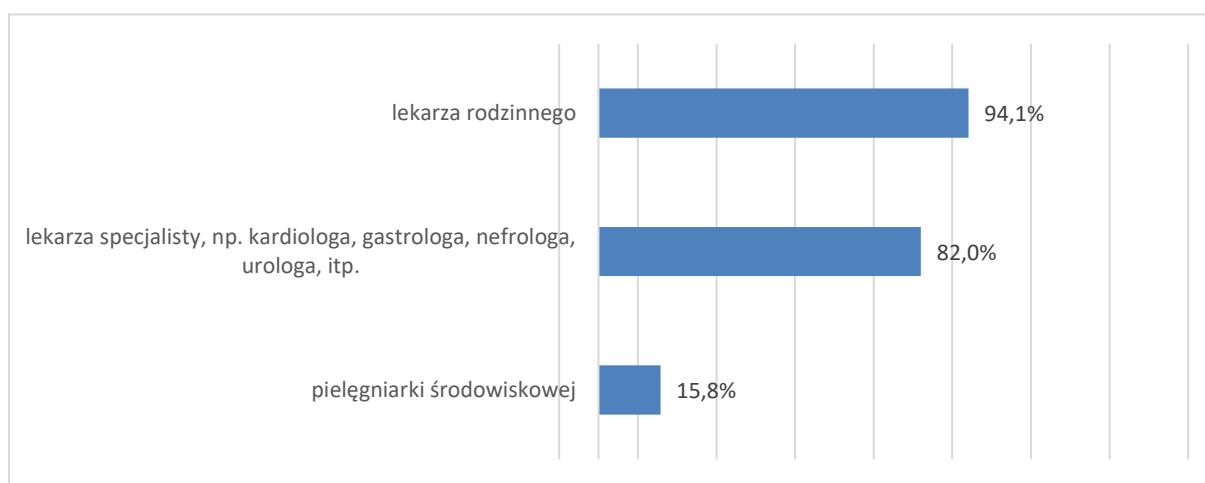
Większość seniorów stanowiły osoby całkowicie samodzielne, jeśli chodzi o zaspokajanie podstawowych potrzeb fizjologicznych (51%). Niewielkiej pomocy potrzebowało ok. 31% podopiecznych. W ocenie opiekunów, połowa ich podopiecznych była w stanie samodzielnie wychodzić z domu (51,7%). Co trzecia starsza osoba dom opuszczała tylko w asyście bliskiej osoby (31,0%). Należy zauważyć, że aż 17% osób starszych nie opuszczało domu w ogóle (ryc. 8).



Ryc. 8 Samodzielność osoby starszej na przykładzie poruszania się poza miejsce zamieszkania

Komunikacja opiekuna nieformalnego z sektorem medycznym i socjalnym

Opiekun nieformalny osoby starszej, oprócz świadczenia pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych podopiecznego, często wspiera osobę starszą w procesie korzystania z systemu opieki medycznej lub socjalnej. Najpopularniejszymi usługami, z których korzystali podopieczni opiekunów nieformalnych była konsultacja lekarza rodzinnego (94,1%) i lekarza specjalisty (82,0%). Rzadko podopieczni znajdowali się pod opieką pielęgniarki środowiskowej (15,8%) (ryc. 9).

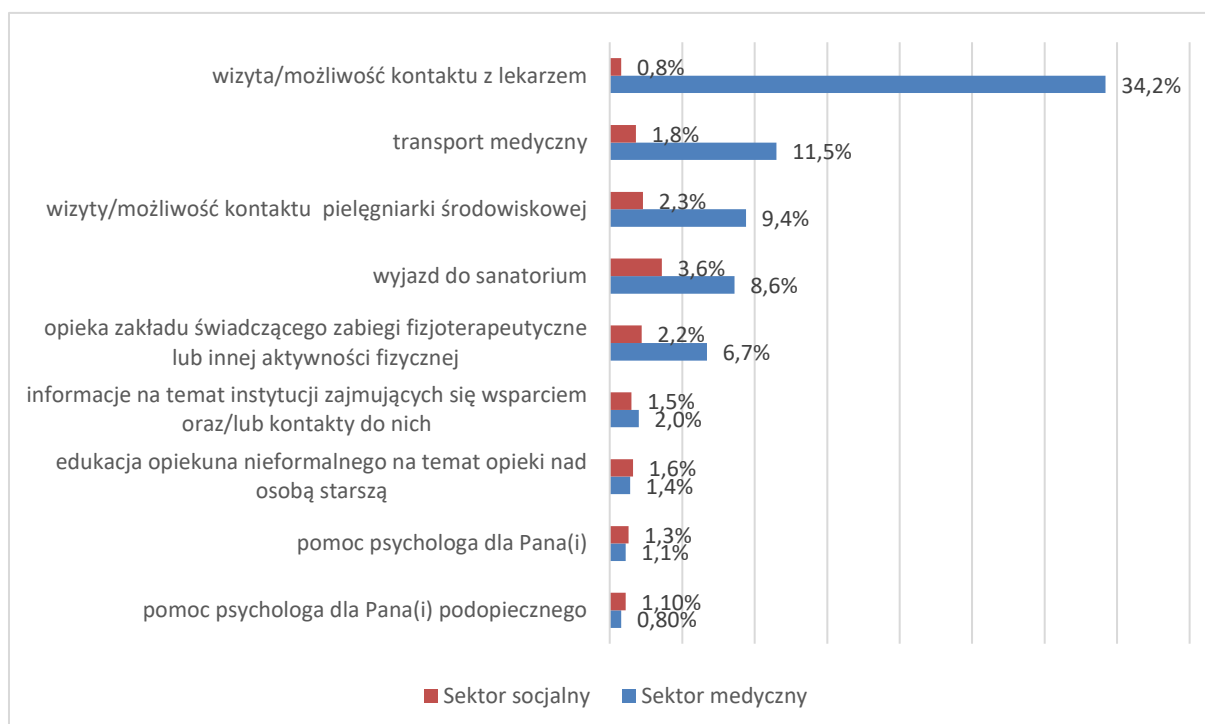


Ryc. 9 Świadczenia opieki zdrowotnej, z jakich najczęściej korzystają osoby starsze

Opiekunowie nieformalni osób starszych rzadko otrzymywali wsparcie zarówno ze strony sektora medycznego, jak i socjalnego. Najczęstszą formą wsparcia opiekuna była możliwość kontaktu z lekarzem (34,2%) i zapewnienie transportu medycznego dla podopiecznego (11,5%). Z 9 analizowanych usług tylko trzy minimalnie częściej oferowane były przez sektor socjalny niż medyczny: pomoc psychologiczna dla podopiecznego (1,1%), pomoc psychologiczna dla opiekuna (1,3%) i edukacja opiekuna na temat opieki nad starszą osobą (1,6%). Jednocześnie są to trzy najrzadziej otrzymywane formy wsparcia (ryc. 10).

Ponad 70% nieformalnych opiekunów nie wiedziało z usług jakich instytucji może skorzystać w zakresie świadczeń opieki nad swoim podopiecznym. Ocena możliwości dotarcia do instytucji świadczących usługi w zakresie opieki nad osobami starszymi jest

powiązania z miejscem zamieszkania opiekuna. Najgorzej możliwość dotarcia do instytucji świadczących usługi w zakresie opieki nad osobami starszymi oceniali opiekunowie z terenów wiejskich (32,3% - suma odpowiedzi „zdecydowanie źle” i „raczej źle”). Najwięcej pozytywnych opinii odnotowano w miastach do 20 tys. mieszkańców (37,4% - suma odpowiedzi „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”) oraz w miejscowościach od 20 do 100 tys. mieszkańców (39,1% - suma odpowiedzi „zdecydowanie dobrze” i „raczej dobrze”).



Ryc. 10 Otrzymywane wsparcie dla nieformalnego opiekuna ze strony sektora medycznego i socjalnego

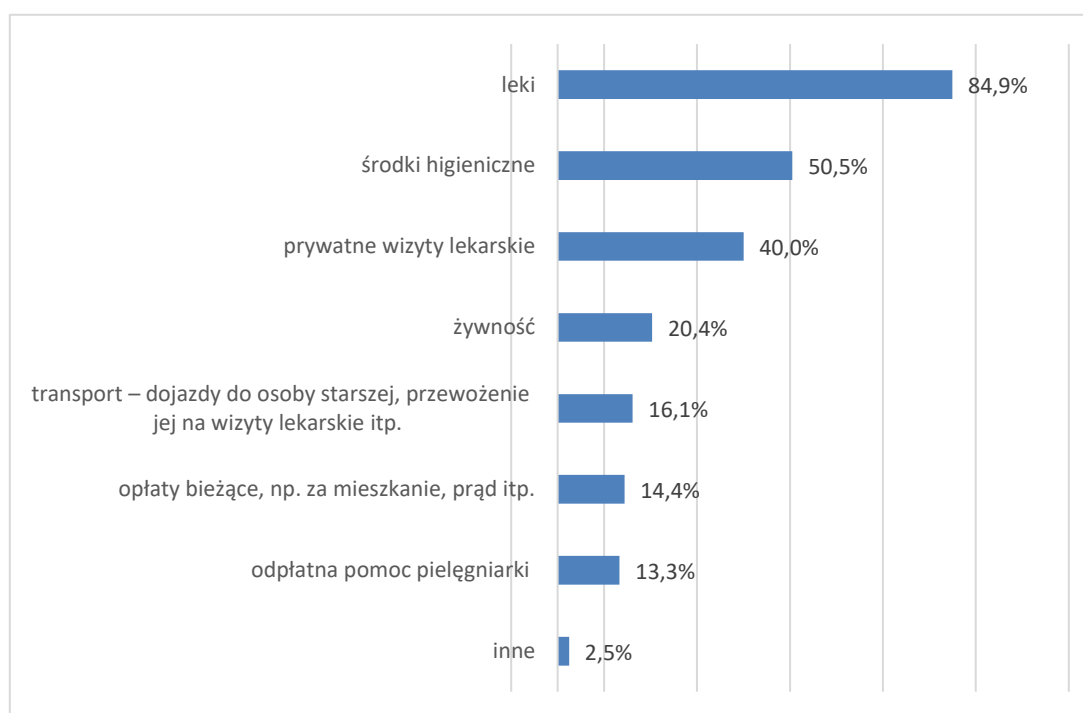
Aspekty ekonomiczne w opiece nad osobą starszą

Zdecydowana większość opiekunów nieformalnych, mimo opieki nad starszą osobą, nie zrezygnowała z pracy – łączyła pracę i opiekę (65,2%). Aktywność zawodową ograniczyło 7,4% nieformalnych opiekunów. W kwestii dodatkowych wydatków ponoszonych przez opiekunów w związku z pomocą osobie starszej 28,50% osób stwierdziło, że ponosi dodatkowe wydatki, natomiast 14,4% przyznało, że w wyniku świadczenia pomocy uległa pogorszeniu ich sytuacja materialna. Brak zubożenia to efekt łączenia przez opiekunów

pracy zawodowej z opieką. Wśród osób, które nie łączą pracy zawodowej z pomocą starszej osobie odsetek osób, których sytuacja materialna uległa pogorszeniu jest wyższy – 26,4%.

Prawie połowa opiekunów ponoszących dodatkowe koszty związane z opieką nad osobą starszą przeznaczała na ten cel kwoty rzędu 100-300 zł (44,9%) miesięcznie. W przypadku 31% opiekunów były to wydatki na poziomie 301-500 zł. Biorąc pod uwagę, że najczęściej dochód netto w gospodarstwie domowym opiekuna wynosi 1501-2000 zł, kwota na poziomie 300 zł stanowi 15% górnej granicy tych dochodów.

Zdecydowanie najczęściej opieką nad osobą starszą wiązała się z dodatkowymi wydatkami na leki (84,9%). W drugiej kolejności opiekunowie płacili za środki higieniczne (50,5%). Znaczny odsetek wydatków stanowiły też prywatne wizyty lekarskie (40%). Co piąty opiekun kupował swojemu podopiecznemu żywność (20,4%). Nieco rzadziej dodatkowe koszty ponoszone były na transport (16,1%) czy opłaty bieżące (14,4%) (ryc. 11).



Ryc. 11 Rodzaj wydatków ponoszony przez opiekuna nieformalnego w związku z opieką nad osobą starszą

Nieformalna opieka częściej dotyczy osób spokrewnionych, najczęściej podopiecznymi są rodzice opiekuna. Średni wiek opiekuna wyniósł 51 lat.

Udzielana pomoc jest długotrwała. W większości przypadków (73,5%) trwa dłużej niż rok. Ponad to, większość opiekunów zajmuje się swoimi podopiecznymi codziennie lub prawie codziennie (56,2%). Podopieczni to najczęściej osoby mające pewne ograniczenia, np. niemogące dźwigać ciężkich przedmiotów, mające problemy z chodzeniem po schodach (86,2%), osoby samotne (69,6%), przewlekłe chore (59,3%). Znaczna część podopiecznych to jednak osoby, które samodzielnie wychodzą z domu.

Mimo, że pogorszenie sytuacji materialnej deklaruje zaledwie co 7 nieformalny opiekun, dochody netto w gospodarstwach domowych osób sprawujących opiekę nad seniorami nie są wysokie. Dodatkowe wydatki związane z opieką nad starszą osobą oscylują na poziomie 100 – 300 zł (44,9%). Dość znaczny odsetek opiekunów musi się liczyć z wydatkami na poziomie 301 – 500 zł.

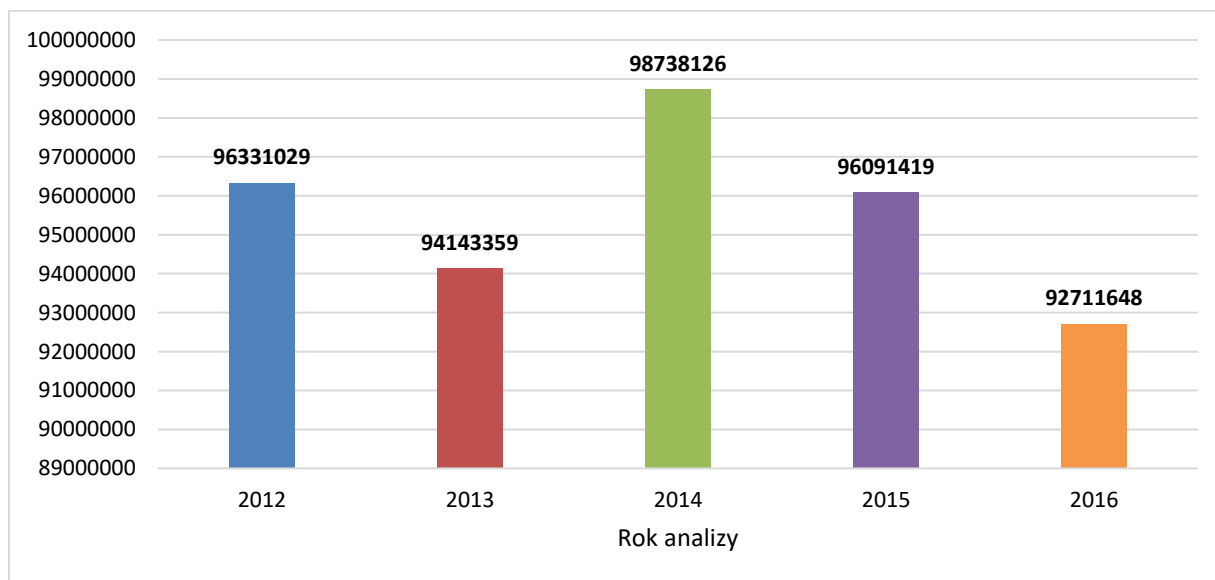
Mimo, że opiekunowie więcej wsparcia otrzymują od sektora medycznego niż socjalnego uważają, że to kontakt z instytucjami socjalnymi jest łatwiejszy niż z przedstawicielami sektora medycznego. Generalnie jednak komunikacja instytucji oferujących pomoc związaną z opieką nad osobami starszymi zawodzi. Aż 67% badanych uważa, że informacje na temat wsparcia opiekunów osób starszych są niewystarczające. Ponad 70% nieformalnych opiekunów nie wie, z usług jakich instytucji może skorzystać w zakresie świadczeń opieki nad swoim podopiecznym, a opinia na temat możliwości dotarcia do instytucji świadczących usługi w zakresie opieki nad osobami starszymi jest mocno spolaryzowana.

4. ANALIZA ROZPOZNAŃ I ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH OSOBOM STARSZYM W POLSCE

Przeprowadzone w ramach działania analizy dotyczyły zależności pomiędzy korzystaniem z poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych a wiekiem i płcią pacjentów, rodzajem leczonych chorób oraz korzystaniem ze świadczeń medycznych w przeszłości.

Celem przeprowadzonych analiz było zidentyfikowanie najczęściej występujących rodzajów przebiegu korzystania z opieki medycznej oraz zidentyfikowanie takich rodzajów procesu korzystania z opieki medycznej, które okazały się najbardziej efektywne ekonomicznie. Punktem wyjścia przeprowadzonych analiz były zbiory zanonimizowanych danych dotyczących świadczeń medycznych udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego pacjentom w wieku co najmniej 60 lat. Dane dotyczyły pięciu kolejnych lat, tj. 2012-2016 i pochodziły z baz Narodowego Funduszu Zdrowia.

W analizowanych latach najwięcej świadczeń osobom starszym udzielono w 2014 roku – ponad 98 mln. Łącznie w latach 2012-2016 osobom starszym udzielono prawie 480 mln świadczeń zdrowotnych (ryc. 12). W 178 mln przypadkach świadczeń udzielono mężczyznom a w 299 mln – kobietom. Liczba świadczeń udzielonych kobietom była większa i ostatecznie stanowiła prawie 63% wszystkich udzielonych świadczeń, co wskazuje na obserwowaną tendencję kobiet do częstszego korzystania z opieki zdrowotnej.



Ryc. 12 Liczba świadczeń udzielonych pacjentom w wieku 60+ w kolejnych latach analizy

W podziale na rodzaj opieki zdrowotnej z jakiej korzystały osoby starsze, najwięcej świadczeń udzielono w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – 267 mln, następnie

w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) – 151 mln. Pacjentom, którzy korzystali z leczenia szpitalnego udzielono 59 mln świadczeń w latach 2012-2016 w ramach finansowania publicznego.

W analizie łącznie wyodrębniono 20 najczęściej diagnozowanych rozpoznań u osób powyżej 60 r. ż. Największą liczbę diagnoz w zidentyfikowanych rozpoznaniach postawiono dla nadciśnienia samoistnego (pierwotnego) oraz cukrzycy insulinozależnej (tab. 4).

Tab. 4 Rozpoznania najczęściej występujące u pacjentów w wieku 60+ według klasyfikacji ICD-10

Lp	Kod ICD-10	Rozpoznanie	Liczba diagnoz
1	I10	Nadciśnienie samoistne (pierwotne)	14 437 493
2	E11	Cukrzyca insulinozależna	4 162 398
3	Z76	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach	3 660 900
4	I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	3 389 679
5	I11	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	2 431 202
6	Z00	Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	2 343 495
7	N40	Rozrost gruczołu krokowego	1 797 816
8	I50	Niewydolność serca	1 581 554
9	I70	Miażdżyca	1 581 440
10	Z51	Inna opieka medyczna	1 449 345
11	I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków	1 330 913
12	M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	1 283 847
13	H40	Jaskra	1 260 240
14	Z71	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	1 220 594
15	G54	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych	1 200 110
16	Z03	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	1 140 774

17	J44	Inna przewlekła zaporowa choroba płuc	1 139 285
18	M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	980 316
19	M15	Zwyrodnienia wielostawowe	958 315
20	H25	Zaćma starcza	945 840

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za lata 2012-2016

Ten sam pacjent w przeciągu kolejnych pięciu lat w zależności m.in. od stanu zdrowia, zgłaszanych dolegliwości oraz przebiegu procesu diagnostycznego i procesu leczenia mógł otrzymać wiele kategorii diagnostycznych. Suma diagnoz w tabeli 4 nie jest więc równa sumie pacjentów.

Na podstawie wskazanych rozpoznań wyodrębnione zostały procedury medyczne, które najczęściej wykonywane były u pacjentów z danym rozpoznaniem. W tabeli 5 dla każdego rozpoznania przedstawiono najczęściej wykonywane procedury medyczne w podziale na POZ, AOS i LSZ. Wyniki przedstawiono w podziale na płeć i ogólnie.

Tab. 5 Świadczenia medyczne według rozpoznań, które były najczęściej udzielane osobom starszym na trzech poziomach opieki zdrowotnej

Rozpoznanie ICD-10	Rodzaj świadczenia	Świadczenie medyczne	Mężczyźni			Kobiety			Ogółem		
			M	SD	Max	M	SD	Max	M	SD	Max
Cukrzyca insulinozależna E11	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	5,27	10,03	109	6,24	11,02	129	5,84	10,64	129
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	5,40	7,05	103	4,50	6,35	170	4,87	6,66	170
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,14	0,56	18	0,16	0,61	20	0,16	0,59	20
Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i spłotów nerwowych G54	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	4,35	9,11	137	4,80	9,48	129	4,65	9,35	137
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go	4,45	6,47	84	3,76	6,01	203	4,00	6,19	203

		typu									
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,21	0,71	24	0,21	0,67	20	0,21	0,69	24
Zaćma starcza H25	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	1,42	5,57	137	1,61	5,87	105	1,55	5,77	137
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	2,29	4,09	46	1,97	3,63	57	2,08	3,79	57
	LSZ	Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki	0,36	0,56	3	0,35	0,56	2	0,35	0,56	3
Jaskra H40	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	2,62	7,25	97	3,01	7,74	110	2,89	7,60	110
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	6,84	6,74	62	6,38	6,22	61	6,52	6,39	62
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,13	0,47	9	0,13	0,57	19	0,13	0,54	19
Nadciśnienie samoistne (pierwotne) I10	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	5,50	9,51	137	4,80	9,23	129	5,03	9,33	137
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	2,71	5,28	70	1,81	4,39	203	2,10	4,71	203
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,30	0,81	24	0,37	0,84	45	0,35	0,83	45
Choroba nadciśnieniow a z zajęciem serca I11	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	6,35	10,62	133	6,07	10,42	99	6,16	10,49	133
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	4,05	6,34	67	3,05	5,54	80	3,38	5,84	80
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,24	0,86	20	0,31	0,89	25	0,29	0,88	25
	POZ	Porada lekarska w	4,30	9,21	137	5,45	10,38	129	4,91	9,87	137

Przewlekła choroba niedokrwienna serca I25		związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia									
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	3,63	6,01	90	3,08	5,55	85	3,34	5,78	90
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,24	0,71	18	0,27	0,81	25	0,26	0,76	25
Migotanie i trzepotanie przedsionków I48	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	2,38	7,66	137	2,51	7,98	129	2,46	7,85	137
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	1,85	4,81	75	1,28	3,89	81	1,51	4,29	81
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,48	1,21	33	0,54	1,16	25	0,52	1,18	33
Niewydolność serca I50	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	1,86	6,74	137	2,26	7,41	129	2,09	7,14	137
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	1,11	3,70	103	0,80	3,14	111	0,93	3,39	111
	LSZ	Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw	1,09	1,06	20	1,05	0,98	26	1,07	1,02	26
Miażdżyca I70	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	2,93	7,94	137	3,98	9,22	129	3,51	8,69	137
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	2,70	5,57	90	1,77	4,57	80	2,18	5,06	90
	LSZ	Choroby naczyń	0,52	0,81	27	0,55	0,70	17	0,53	0,75	27
Inna przewlekła zaporowa choroba płuc J44	POZ	Porada lekarska z innych przyczyn niż leczenie cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	2,04	6,48	118	2,45	6,85	93	2,21	6,64	118
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	2,74	5,70	70	2,47	5,34	111	2,63	5,55	111
	LSZ	POChP i inne	0,76	1,21	22	0,58	1,03	28	0,69	1,14	28

		obturacyjne choroby układu oddechowego									
Zwyrodnienia wielostawowe M15	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	5,05	9,47	133	5,10	9,61	99	5,09	9,57	133
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	5,78	7,47	90	4,57	6,34	170	4,87	6,66	170
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,11	0,46	9	0,12	0,54	22	0,12	0,52	22
Choroba zwyrodnienia w stawów kolanowych M17	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	3,07	7,62	85	3,33	8,08	129	3,26	7,96	129
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	5,32	7,27	84	4,09	5,95	203	4,42	6,36	203
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,13	0,53	18	0,14	0,52	25	0,14	0,52	25
Zmiany zwyrodnienia we kręgosłupa M47	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	4,56	9,00	133	4,71	9,23	129	4,66	9,16	133
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	5,33	7,13	90	4,32	6,35	203	4,64	6,62	203
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,14	0,55	18	0,15	0,56	17	0,15	0,56	18
Rozrost gruczołu krokowego N40	POZ	Porada lekarska w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	2,76	7,38	137						
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	4,70	6,21	103						
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,14	0,55	21						
Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania	POZ	Porada lekarska z innych przyczyn niż leczenie cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	7,85	10,14	118	7,29	9,87	105	7,49	9,97	118
	AOS	Świadczenie	3,00	5,49	66	2,47	4,77	70	2,66	5,04	70

choroby Z00		specjalistyczne 1-go typu									
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,22	0,77	33	0,18	0,66	22	0,20	0,70	33
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne Z03	POZ	Porada lekarska z innych przyczyn niż leczenie cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	3,68	8,01	118	3,79	7,90	94	3,75	7,94	118
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	2,71	5,26	84	2,29	4,73	170	2,45	4,95	170
	LSZ	Porada lekarska / badanie lekarskie	0,32	0,79	24	0,30	0,79	22	0,31	0,79	24
Inna opieka medyczna Z51	POZ	Porada lekarska z innych przyczyn niż leczenie cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	2,17	6,86	126	2,90	7,60	98	2,56	7,28	126
	AOS	Ondansetronum - pozajelitowo	3,65	6,18	110	3,85	6,52	150	3,76	6,36	150
	LSZ	Hospitalizacja onkologiczna w trybie jednodniowym	2,41	6,09	153	2,34	5,88	88	2,37	5,97	153
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej Z71	POZ	Porada lekarska z innych przyczyn niż leczenie cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	11,64	11,56	126	11,44	11,22	105	11,51	11,34	126
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	3,34	5,72	57	2,26	4,56	75	2,65	5,03	75
	LSZ	Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw	0,12	0,54	9	0,11	0,54	26	0,12	0,54	26
Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach Z76	POZ	Porada lekarska z innych przyczyn niż leczenie cukrzycy i/lub choroby układu krążenia	10,51	10,58	110	10,33	10,31	105	10,40	10,41	110
	AOS	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	3,21	5,47	60	2,24	4,51	75	2,60	4,91	75
	LSZ	Niewydolność krążenia > 69 r.ż. lub z pw	0,10	0,47	9	0,09	0,45	26	0,10	0,46	26

Legenda. *M* – średnia liczba świadczeń w ciągu pięciu lat; *SD* – odchylenie standardowe; *max* – maksymalna liczba świadczeń w ciągu 5 lat udzielona jednemu pacjentowi

W przypadku większości kategorii diagnostycznych najwięcej świadczeń było udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Więcej świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielano w przypadku rozpoznań: zaćmy starczej, jaskry, miażdżycy, innej przewlekłej zaporowej choroby płuc, choroby zwyrodnieniowej stanów kolanowych, rozrostu gruczołu krokowego u mężczyzn. Kobiety z rozpoznaniem migotania i trzepotania przedsionków częściej niż mężczyźni z tym rozpoznaniem i częściej niż kobiety z rozpoznaniem innych chorób układu krążenia korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego. Kategoria diagnostyczna „Inna opieka medyczna”, mimo że pochodzi z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 obejmuje przede wszystkim przeprowadzane procedury medyczne, tzn. radioterapię, chemioterapię, przetaczanie krwi, opiekę przygotowującą do leczenia, opiekę paliatywną oraz odczulanie. W analizowanej grupie pacjentów w wieku 60+ osoby z tą kategorią diagnostyczną korzystały przede wszystkim z leczenia onkologicznego.

Przeciętny poziom korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, tj. poziom odpowiadający wystandaryzowanej wartości 0 wynosił 7,23 świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu roku, 4,10 świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ciągu roku i 1,60 świadczenia leczenia szpitalnego w ciągu roku.

Na podstawie dostępnych danych wyznaczono również trend zmiany w korzystaniu ze świadczeń przez osoby starsze w kolejnych latach działania systemu opieki zdrowotnej (tab. 6).

Tab. 6 Trend korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby starsze według rozpoznań

Liczba świadczeń							
Lp.	Kod ICD-10	2012 rok	2013 rok	2014 rok	2015 rok	2016 rok	Trend
1	I10	14 494 714	14 317 839	14 413 658	11 278 580	9 761 031	↓
2	Z76	3 658 287	4 572 702	6 730 614	9 088 307	11 374 146	↑
3	E11	4 203 053	4 022 420	3 892 879	3 495 737	3 273 133	↓
4	I25	3 569 026	3 272 054	3 109 927	2 628 595	2 367 583	↓

5	I11	2 455 580	2 329 765	2 250 466	1 800 588	1 583 733	↓
6	Z71	1 220 294	1 436 815	2 071 837	2 426 626	2 837 750	↑
7	Z51	2 170 405	2 022 123	1 674 805	1 582 115	1 540 455	↓
8	N40	1 894 554	1 842 126	1 750 673	1 658 504	1 592 233	↓
9	I48	1 366 134	1 465 881	1 866 452	1 801 638	1 753 155	↑
10	Z00	2 350 221	1 863 846	1 461 972	1 219 428	1 016 189	↓
11	I50	1 622 870	1 532 545	1 630 470	1 443 705	1 359 988	↓
12	I70	1 620 446	1 452 010	1 369 806	1 216 763	1 121 313	↓
13	M47	1 338 432	1 260 306	1 236 513	1 210 428	1 154 211	↓
14	H40	1 287 701	1 275 327	1 231 147	1 221 466	1 144 768	↓
15	Z03	1 165 391	1 106 365	1 230 566	1 249 057	1 214 008	↑
16	G54	1 236 587	1 131 206	1 117 082	1 104 340	1 054 997	↓
17	J44	1 146 315	1 073 459	1 032 640	1 028 249	951 549	↓
18	M17	1 022 383	978 506	1 010 922	1 038 105	1 022 366	~
19	M15	980 734	955 946	965 833	995 908	990 681	~
20	H25	958 699	912 910	924 870	991 994	949 388	~
	Ogółem	49 761 826	48 824 151	50 973 132	48 480 133	48 062 677	

Legenda. ↑ - wzrost liczby świadczeń w kolejnych latach; ↓ - zmniejszenie liczby świadczeń w kolejnych latach; ~ - utrzymywanie się liczby świadczeń na zbliżonym poziomie

W kolejnych latach zmniejszała się liczba świadczeń określających diagnozę nadciśnienie samoistne (pierwotne) I10, cukrzyca insulinozależna E11, przewlekła choroba niedokrwienna serca I25, choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca I11, inna opieka medyczna Z51, rozrost gruczołu krokowego N40, ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby Z00, niewydolność serca I50, miażdżycy I70, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa M47, jaskra H40, zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych G54, inna przewlekła zaporowa choroba płuc J44. Zwiększała się natomiast liczba świadczeń oznaczonych kodem ICD-10 określającym diagnozę jako osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach Z76, osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej Z71,

migotanie i trzepotanie przedsionków I48 oraz obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne Z03. Na zbliżonym poziomie pozostała natomiast liczba udzielanych świadczeń oznaczonych kodami diagnostycznymi: choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych M17, zwyrodnienia wielostawowe M15 oraz zaćma starcza H25.

5. ANALIZA WYCENY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Celem przeprowadzonych analiz było oszacowanie kosztów najbardziej efektywnych kosztowo sposobów korzystania ze świadczeń medycznych oraz kosztów całkowitych świadczeń medycznych.

Zadanie 1. Analiza kosztów całkowitych świadczeń medycznych

Pierwszym zadaniem była analiza kosztów całkowitych ponoszonych na świadczenia medyczne na rzecz osób w wieku 60+ w ciągu ostatnich pięciu lat z uwzględnieniem rozpoznania, płci i wieku pacjentów w obrębie POZ, AOS i leczenia szpitalnego. Analizy dotyczące wieku przeprowadzono posługując się podziałem pacjentów na dwie grupy wiekowe, tj. na grupę pacjentów w wieku 60-65 i grupę pacjentów w wieku 65+. Podział ten przyjęto, aby przeprowadzone analizy były spójne z wyznaczanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia współczynnikami korygującymi stawki kapitałowe w podstawowej opiece zdrowotnej.

Analizowane świadczenia dotyczyły 7 389 453 pacjentów, z czego 4 473 036 stanowiły kobiety (60,5%), a 2 916 417 mężczyźni (39,5%) w wieku 60-112 lata. Średnia wieku wynosiła 73,13 lata.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej ponoszone przez płatnika publicznego przedstawiono dla trzech rodzajów opieki: POZ, AOS i leczenie szpitalne oraz w podziale na trzy przedziały wiekowe (tab. 7).

Tab. 7 Koszty świadczeń udzielonych w ramach POZ, AOS, LS pacjentom w wieku 60+ w kolejnych pięciu latach w zależności od wieku pacjentów wyrażone w PLN

Wiek	Rok analizy	POZ	AOS	Szpitalnictwo
Ogółem	2012	1 110 887 232	1 885 896 853	12 898 230 833
	2013	1 068 791 328	1 885 871 368	12 808 227 548
	2014	1 547 042 466	1 899 348 130	12 453 336 512
	2015	1 562 179 941	1 913 550 706	12 694 077 139
	2016	1 574 259 530	1 909 575 790	12 658 400 229
	Ogółem	6 863 160 497	9 494 242 848	63 512 272 262
60-65 r. ż.	2012	225 562 944	642 175 612	3 750 648 461
	2013	182 388 960	561 651 150	3 208 787 118
	2014	214 301 111	469 831 093	2 578 144 823
	2015	180 113 093	370 255 436	2 067 457 091
	2016	124 833 445	257 310 022	1 424 923 227
	Ogółem	927 199 553	2 301 223 316	13 029 960 722
65+	2012	885 324 288	1 243 721 241	9 147 582 371
	2013	886 402 368	1 324 220 218	9 599 440 429
	2014	1 332 741 354	1 429 517 036	9 875 191 689
	2015	1 382 066 849	1 543 295 269	10 626 620 047
	2016	1 449 426 085	1 652 265 768	11 233 477 002
	Ogółem	5 935 960 945	7 193 019 532	50 482 311 540

W kolejnych latach analizy zaobserwowano zmniejszenie kwoty przeznaczonej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i szpitalnictwo w przypadku pacjentów w wieku 60-65 lat a zwiększenie się kwoty przeznaczonej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i szpitalnictwo w przypadku pacjentów powyżej 65 roku życia. W grupie wiekowej 65+ miał również miejsce wzrost wydatków na podstawową opiekę zdrowotną.

Tab. 8 Trendy zmian w kwotach wydatkowanych na leczenie osób starszych z najczęściej występującymi rozpoznaniem

Lp.	Kod ICD-10	Rozpoznanie	POZ	AOS	LSZ
1	I10	Nadciśnienie samoistne (pierwotne)	wiek ↑	wiek ↑	↓
2	Z76	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w innych okolicznościach	↑	-	-
3	E11	Cukrzyca insulinozależna	wiek ↑	wiek ↑	wiek ↑
4	I25	Przewlekła choroba niedokrwienna serca	wiek ↑	↓	↓
5	I11	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca	wiek ↑	↓	↓
6	Z71	Osoby stykające się ze służbą zdrowia w celu uzyskania konsultacji i porad innych niż sklasyfikowane gdzie indziej	↑	-	-
7	Z51	Inna opieka medyczna	↓	-	wiek ↑
8	N40	Rozrost gruczołu krokowego	wiek ↑	wiek ↑	-
9	I48	Migotanie i trzepotanie przedsionków	wiek ↑	↓	wiek ↑
10	Z00	Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	↓	↓	-
11	I50	Niewydolność serca	wiek ↑	~	↓
12	I70	Miażdżyca	↓	↓	wiek ↑
13	M47	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa	wiek ↑	wiek ↑	wiek ↑
14	H40	Jaskra	↑	↓	wiek ↑
15	Z03	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	wiek ↑	↓	↓

16	G54	Zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych	wiek ↑	wiek ↑	↓
17	J44	Inna przewlekła zaporowa choroba płuc	wiek ↑	↓	↓
18	M17	Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych	wiek ↑	wiek ↑	wiek ↑
19	M15	Zwyrodnienia wielostawowe	wiek ↑	wiek ↑	↓
20	H25	Zaćma starcza	↑	↓	↓

Legenda. **wiek** ↑ - wzrost w odniesieniu do starszych pacjentów; ↑ - wzrost; ↓ - spadek; - brak trendu; ~ - wzrost i spadek naprzemiennie

Kwoty wydatkowane na świadczenia medyczne wobec pacjentów w wieku 60+ były tym większe, im starsi byli pacjenci. Dotyczyło to m. in. przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, choroby nadciśnieniowej z zajęciem serca, niewydolności serca oraz innej przewlekłej choroby zaporowej płuc w podstawowej opiece zdrowotnej, leczenia nadciśnienia samoistnego, rozrostu gruczołu krokowego, zaburzeń korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych oraz zwyrodnień wielostawowych w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, leczenia cukrzycy insulinoniezależnej, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa oraz choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i szpitalnictwie (tab. 8).

Ogólnie zwiększały się kwoty przeznaczane na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i na podstawową opiekę zdrowotną a zmniejszały się kwoty przeznaczane na leczenie szpitalne, przy czym kwoty przeznaczane na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną były znacznie niższe od kosztów leczenia szpitalnego. W przypadku niektórych schorzeń wzrostowi wydatków na podstawową opiekę zdrowotną w kolejnych latach towarzyszył spadek wydatków na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i na szpitalnictwo. Tak było, np.: w przypadku leczenia jaskry i zaćmy starczej.

Zadanie 2. Panel ekspertów w oparciu o metodę delficką

Uzupełnienie do przeprowadzonych analiz stanowił panel ekspertów przeprowadzony w oparciu o metodę delficką z wykorzystaniem narzędzia e-Delphi. W panelu ekspertów uczestniczyło trzech lekarzy specjalistów: chorób wewnętrznych i kardiologii, chorób wewnętrznych i onkologii klinicznej oraz chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Eksperci zostali zapytani o rekomendacje, których wprowadzenie wpłynie na zmiany w organizacji świadczeń zdrowotnych.

Rozwiązania, które według ekspertów mogą wpłynąć na **obniżenie kosztów bezpośrednich**:

- Poprawa funkcjonowania specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, a w efekcie redukcja kosztów hospitalizacji pacjentów kardiologicznych,
- Zwiększenie liczby świadczeń w zakresie,
- POZ Współpłacenie za świadczenia zdrowotne,
- Szkolenie pielęgniarek w zakresie pomocy pacjentom z niewydolnością serca,
- Wprowadzenie nowych technologii medycznych i leków,
- Pomoc asystentów medycznych w rozpoznawaniu potrzeb zdrowotnych,
- Elektroniczna recepta,
- Poprawa dostępności do opieki geriatrycznej,
- Wprowadzenie dokumentacji elektronicznej.

Rozwiązania, które według ekspertów mogą wpłynąć na **poprawę stanu zdrowia pacjentów**:

- Edukacja zdrowotna,
- Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia hospitalizacyjne,
- Zwiększenie dostępności badań profilaktycznych i przesiewowych,
- Skoordynowana opieka poszpitalna,
- Większa liczba programów profilaktycznych na poziomie POZ,
- Zwiększenie dostępności do poradni zaangażowanych w działania prozdrowotne,
- Lepszy dostęp do leczenia specjalistycznego,
- Szkolenie pielęgniarek w zakresie pomocy pacjentom z niewydolnością serca.

Rozwiązania, które według ekspertów mogą wpłynąć na **poprawę jakości życia pacjentów**:

- Grupy wzajemnego wsparcia,
- Tworzenie odpowiednich rozwiązań organizacyjnych czy architektonicznych,
- Zwiększenie dostępności do psychologów, pracowników socjalnych, pielęgniarek środowiskowych,
- Poprawa w zakresie dostępności do opieki geriatrycznej,
- Zwiększenie dostępności opieki środowiskowej,
- Stworzenie płynnej komunikacji między lekarzem specjalistą a lekarzem POZ,
- Poprawa świadomości zdrowego stylu życia.

Ze wskazanych rekomendacji eksperci następnie wybrali najbardziej efektywne rozwiązania, które mogą dać najlepszy wynik dla systemu ochrony zdrowia. Jako najbardziej efektywne działanie mające na celu obniżenie kosztów bezpośrednich eksperci wskazali:

- Zorganizowanie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej,
- Wprowadzenie nowych technologii medycznych zawartych w standardach terapeutycznych w tym leków, które mają udowodnione poprawę przeżycia i redukcję liczby i czasu hospitalizacji,
- Zwiększenie dostępności niektórych badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej dla lekarzy POZ,
- System wytycznych dla lekarzy POZ/procedur kierowania/weryfikacji skierowań na badania oraz do specjalistów oraz kontrola realizacji tych założeń.

W zakresie działań dotyczących poprawy stanu zdrowia jako najbardziej efektywne ekonomicznie eksperci wskazali lepszy dostęp i skrócenie kolejki do leczenia szpitalnego.

W kwestii poprawy jakości życia pacjentów za najbardziej efektywne działania w tym temacie eksperci uznali:

- Edukację chorych,
- Tworzenie grup wsparcia psychologicznego,
- Zwiększenie dostępności opieki środowiskowej.

Eksperti biorący udział w panelu, odnosząc się do ponoszonych kosztów wskazywali odpowiednią organizację udzielania świadczeń jako metodę obniżania wydatkowanych kwot.

Wskazywali na możliwości, jakie w tym zakresie stwarza odpowiednio zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna. Poszerzenie możliwości diagnostycznych i klinicznych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zdaniem ekspertów umożliwia redukcję kosztów. Należy przy tym zauważyć, że zdaniem ekspertów, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej powinien mieć większe możliwości, ale też działać według określonych wytycznych opisujących prawidłowe postępowanie wobec pacjentów z różnymi problemami zdrowotnymi.

6. ANALIZA ADEKWATNOŚCI ŚWIADCZEŃ I ZASPOKAJANIE POTRZEB ZDROWOTNYCH LUDZI STARSZYCH

W trakcie realizacji projektu stwierdzono potrzebę zbadania zjawiska wielochorobowości wśród osób starszych, dlatego działanie podzielono na dwa obszary tematyczne. Pierwszy z nich dotyczył adekwatności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom starszym i składał się z trzech badań, dla których przygotowano wspólny raport i wnioski.

Zadanie 1. Badania jakościowe i ilościowe w temacie adekwatności świadczeń opieki zdrowotnej

W ramach działania przeprowadzone zostały trzy badania o charakterze ogólnopolskim, badania ilościowe: wywiad kwestionariuszowy wspomagany telefonicznie (CATI) i wywiad kwestionariuszowy wspomagany internetowo (CAWI) oraz badanie jakościowe – zogniskowany wywiad grupowy (FGI). W badaniach wzięli udział przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej – lekarze i pielęgniarki, pracownicy socjalni i osoby starsze. Wybór metod służył kompleksowej analizie problematyki związanej ze świadczeniami skierowanymi do osób starszych. Celem badań była ocena adekwatności świadczeń opieki zdrowotnej oraz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych osób starszych.

W badaniu jakościowym wzięły udział dwie grupy badanych – osoby starsze oraz przedstawiciele zawodów medycznych. Tak zaprojektowane badanie pozwoliło na ocenę funkcjonowania systemu opieki nad osobami starszymi, zarówno z perspektywy

pracowników ochrony zdrowia, jak i samych zainteresowanych. Z kolei badanie ilościowe CATI zostało przeprowadzone wśród osób starszych. Miało na celu zebranie informacji dotyczących ich funkcjonowania, problemów codziennych, kontaktów z przedstawicielami ochrony zdrowia oraz oceny stanu zdrowia i samopoczucia. Trzecim w kolejności badaniem było badanie CAWI przeprowadzone wśród pracowników socjalnych zakładów opieki leczniczej, domów pomocy społecznej czy ośrodków pomocy społecznej. Dostarczyło ono informacji odnośnie adekwatności opieki nad osobami starszymi z perspektywy pracowników socjalnych.

Badanie metodą FGI - seniorzy i pracownicy ochrony zdrowia

Świadomość zdrowia

Podejście do dbania o zdrowie i poziom świadomości zdrowotnej wśród osób starszych był zróżnicowany. Wśród mężczyzn widoczne były większe skrajności postaw (bardzo zaangażowani i zupełnie lekceważący). Większość badanych posiadała podstawową świadomość dotyczącą znaczenia profilaktyki, badań profilaktycznych i zdrowego stylu życia, ale jedynie część kierowała się tymi zasadami w praktyce. Jako główne problemy/bariery dbania o zdrowie wskazywane były trudności w zmianie nawyków oraz uzyskaniu informacji. Według seniorów przedstawiciele opieki zdrowotnej nie są znaczącym źródłem wiedzy. Lekarze nie edukują pacjentów w kwestii zdrowego stylu życia, ograniczając się do zapisania leków. Często w przychodniach dostępne były ulotki, ale nie stanowiły atrakcyjnego kanału przekazu. Seniorzy spotykali się natomiast z zalewem informacji o niskiej wiarygodności z innych „niekontrolowalnych” co do jakości źródeł, są to np. popularne programy telewizyjne.

Badania profilaktyczne

Seniorzy mocno różnili się pod względem stosunku do badań profilaktycznych. Ich podejście różnicowała zarówno liczba wykonywanych badań, jak i aktywność w poszukiwaniu. W kwestii badań profilaktycznych, badanych seniorów można podzielić było na trzy grupy:

- Osoby chętnie korzystające z badań profilaktycznych - wiedzą, jakie badania i jak często im przysługują w ramach NFZ, domagają się swoich praw u lekarza pierwszego kontaktu. Aktywnie szukają informacji na temat dostępnych darmowych badań i chętnie z nich korzystają.
- Osoby korzystające wybiórczo – korzystają z wybranych badań, głównie z najpopularniejszych, nakierowanych na konkretne schorzenie, nieinwazyjnych i mało czasochłonnych. Nie wykazują aktywnej postawy w wyszukiwaniu dostępnych badań profilaktycznych.
- Osoby unikające badań profilaktycznych – badają się okazjonalnie lub wcale. Brak wyrobionego nawyku kontroli stanu własnego zdrowia. Często podstawą takich zachowań jest lęk przed diagnozą choroby.

Jako główne bariery w korzystaniu z badań profilaktycznych wskazywany był lęk przed wynikami badań, wstyd i skrępowanie przy takich badaniach jak kolonoskopia czy badanie prostaty oraz potencjalne przykre odczucia (bolesność) w trakcie gastrokopii bez znieczulenia. Osoby nie miały problemu z badaniami mało inwazyjnymi – określenie poziomu witaminy D, badanie słuchu czy wzroku.

System opieki zdrowotnej

Seniorzy raczej negatywnie postrzegali opiekę zdrowotną w ramach finansowania publicznego, dodatkowo uważając, że są zaniedbaną w tym wypadku grupą. Główne problemy koncentrowały się wokół podejścia do osób starszych. Respondenci często mieli poczucie, że osoby starsze nie są przedmiotem dbałości ze strony systemu opieki zdrowotnej.

Według badanych brak jest specjalistycznej opieki nakierowanej na osoby starsze w ramach POZ. Lekarz rodzinny nie potrafi odpowiednio zaopiekować się pacjentem w wieku 60+, a leczenie ulega rozproszeniu między różnych specjalistów. Wskazuje to na potrzebę stworzenia systemu koordynowanej opieki geriatrycznej na poziomie POZ i AOS. Badani uważali również, że lekarz w trakcie wizyty większość czasu poświęca na wypełnianie dokumentacji niż na udzielenie porady lekarskiej. Dodatkowo jako na czynnik wpływający na negatywne postrzeganie opieki zdrowotnej wskazują niską dostępność

do lekarzy specjalistów, badań specjalistycznych i szczepionek. Długi czas oczekiwania na wizytę wpływa na przejście do sektora prywatnego, jednak często ograniczane jest to z powodów finansowych.

Relacje z przedstawicielami systemu opieki zdrowotnej (lekarz, pielęgniarka) są często dla seniorów źródłem stresu. Emocjonalny aspekt relacji pacjent-lekarz/pielęgniarka ma, dla osób starszych, duże znaczenie i jest istotnym czynnikiem zachęcającym lub zniechęcającym do dbania o zdrowie. Seniorzy uważają, że pracownicy systemu opieki zdrowotnej traktują ich gorzej niż osoby młodsze.

Zdrowie i adekwatność świadczeń opieki nad seniorem z perspektywy świadczeniodawców

Przedstawiciele opieki zdrowotnej podkreślali, że wraz z wydłużeniem się życia i postępu w medycynie, problem jakości życia osób starszych staje się coraz pilniejszy. Zdaniem pracowników opieki zdrowotnej, w Polsce należałoby zmienić percepcję osób starszych w społeczeństwie. Badani zauważali, że grupa osób powyżej 60 roku życia nie jest jednolita. Podstawowy podział związany jest z poziomem samodzielności. Pierwszą grupę stanowią osoby bez ograniczeń fizycznych i psychicznych. Drugą pacjenci z ograniczeniami fizycznymi, np.: motorycznymi, problemami ze wzrokiem, słuchem oraz ograniczeniami psychicznymi, a trzecią grupę osoby całkowicie zależne od opiekunów – najbardziej schorowane, z zaawansowanymi chorobami psychicznymi. Przedstawiciele systemu opieki zdrowotnej w swoich odpowiedziach skupiali się na trzech elementach: postawy seniorów, postawy kadr medycznych względem osób starszych i ogólnego podejścia systemu opieki zdrowotnej do pacjenta w wieku powyżej 60 lat. Zdaniem przedstawicieli świadczeniodawców stan fizyczny osób starszych nie jest już kluczowym problemem, coraz bardziej istotną kwestią staje się zdrowie psychiczne seniorów. Raczej, widoczne są tu zmiany na korzyść związane z rozwojem medycyny i cywilizacji. Według badanych wiek przestaje być czynnikiem determinującym stan zdrowia.

Postawy osób starszych wobec zdrowia

Przedstawiciele służby zdrowia zauważyli zróżnicowane postawy seniorów wobec zdrowia, zdrowego stylu życia i leczenia się, podają zarówno przykłady pozytywnych, jak i negatywnych postaw. Według nich część seniorów bardzo dba o zdrowie, ale większość przyjmuje postawę zaniedbującą. Według opinii pracowników ochrony zdrowia – częściej dbają o zdrowie kobiety. Głównymi obszarami problematycznymi wskazanymi przez badanych były:

- Przesunięcie odpowiedzialności za swoje zdrowie na lekarza – w dużej części osoby starsze nie biorą odpowiedzialności za swoje zdrowie, ograniczając się do leczenia farmakologicznego. Nie rozumieją znaczenia zdrowego stylu życia. Nie interesują ich pozamedyczne zalecenia, bo według nich to lekarz odpowiada za ich stan zdrowia.
- Wysoka dostępność do niskiej jakości informacji – odpowiada za kształtowanie błędnych przekonań dotyczących procesu leczenia. Pacjenci nie podchodzą krytycznie do informacji pochodzących z pozamedycznego źródła, np.: reklamy produktów OTC, wpisy na forach internetowych, rozmowy ze znajomymi.
- Poczucie wstydu - uczucie wstydu uniemożliwia badanie lub leczenie, np.: pacjent odmawia rozebrania się do badania. Część osób starszych wskazuje opór przed podjęciem aktywności fizycznej czy zmianą diety bojąc się wyśmiania przez swoje otoczenie.

Wskazania w zakresie wspierania zdrowia osób starszych

Przedstawiciele lekarzy i pielęgniarek biorący udział w wywiadzie określili dwa obszary, których wzmocnienie wpłynęłoby pozytywnie na podejście seniorów do własnego zdrowia:

- Edukacja zdrowotna – według respondentów osoby starsze mają niską świadomość wpływu stylu życia na ich zdrowie. W celu zmiany postaw proponują wprowadzenie tematycznych zajęć grupowych, ponieważ w grupie

mającej ten sam problem można liczyć na większe zaangażowanie i wsparcie innych uczestników.

- Dostępność do oferty aktywizacyjnej – często deklarowano, że należałoby zwiększyć ofertę w zakresie aktywności fizycznej, rehabilitacji. Tutaj również organizowanie oferty w postaci zajęć grupowych byłoby w odczuciu badanych bardziej motywujące.

System opieki zdrowotnej

Odpowiedzi lekarzy i pielęgniarek na temat systemu opieki zdrowotnej nad pacjentami powyżej 60 roku życia w znacznej części pokrywały się z wnioskami z badania seniorów. Respondenci wskazywali na brak koordynacji opieki nad osobą starszą. Leczenie prowadzone jest często przez kilku specjalistów oddzielnie, nie ma lekarza koordynującego całość leczenia pacjenta na poziomie POZ i AOS. Dodatkowo badani za problem uznawali małą ilość czasu, jaki mogą poświęcić pacjentowi z powodu wymaganej do wypełnienia dokumentacji. W 10-15 minut nie byli w stanie spełnić oczekiwań starszego pacjenta, któremu więcej czasu zajmuje np. rozebranie się, przygotowanie do badania, opowiedzenie o swoich dolegliwościach. Podkreślany był ogólny dla całego systemu opieki zdrowotnej problem deficytu kadr medycznych, co w połączeniu z innymi czynnikami przekłada się na długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

W zakresie działań profilaktycznych badani stwierdzili, że poziom edukacji pacjenta jest niewystarczający, pacjentom zaleca się leki, ale rzadko mówi się im o stylu życia. Dodatkowo badani podkreślają, że większa dbałość o zdrowie emocjonalne i psychiczne seniorów jest sprawą kluczową. Zdaniem przedstawicieli zawodów medycznych, osoby starsze są mocno zaniedbane pod tym względem. W związku z tym postulowano, aby włączyć psychologa w ramy środowiskowej opieki zdrowotnej, zwiększyć dostępność specjalistów psychiatrii w przychodniach w ramach NFZ oraz organizować zajęcia terapii grupowej prowadzone przez dyplomowanego terapeutę lub psychologa.

Respondenci określili obszary problemowe, które odnoszą się do sprawowania opieki zdrowotnej nad osobą starszą:

- Opieka domowa i brak współpracy z opieką społeczną – deficyt liczby pielęgniarek środowiskowych oraz problemy w kształtowaniu relacji z pracownikami opieki społecznej.
- Badania diagnostyczne – ze względu na ograniczone finansowanie lekarz POZ często nie może zlecić wykonania koniecznych badań.
- Mała liczba lekarzy geriatrów – deficyt liczby lekarzy geriatrii przekłada się na trudność w prowadzeniu leczenia osób wymagających zaangażowania tego specjalisty.
- Brak pomocy dla osób starszych opiekujących się rodzicami czy współmałżonkiem - opieka nad rodzicami, często są to osoby np. z chorobą Alzheimera, która jest wielkim obciążeniem dla osób powyżej 60 roku życia, które nie mają żadnej pomocy z zewnątrz.

Badanie metodą CAWI – pracownicy socjalni

Charakterystyka osób starszych korzystających ze świadczeń opieki socjalnej

Seniorzy, nad którymi pracownicy socjalni sprawowali opiekę to najczęściej osoby samotne oraz kobiety. W ocenie ponad połowy badanych większość ich podopiecznych stanowiły osoby zamieszkujące tereny wiejskie. Większość osób starszych nie mogła liczyć na pomoc rodziny bądź partnera. Stan zdrowia osób starszych pozostających pod opieką sektora socjalnego pozwala im w różnym stopniu wykonywać samodzielnie poszczególne czynności. Około 26% respondentów twierdziło, że wszyscy ich podopieczni potrafią samodzielnie wykonać proste czynności domowe. Na podstawie odpowiedzi respondentów można wnioskować, iż największe trudności sprawiają seniorom takie czynności jak: przygotowanie i spożywanie posiłków, chodzenie na zakupy oraz samodzielne załatwianie spraw urzędowych czy kontakt z opieką zdrowotną. W ocenie 1/4 badanych żaden z ich

podopiecznych nie radził sobie z samodzielnym załatwianiem spraw urzędowych i/lub wizytą u lekarza.

Bariery w świadczeniu opieki nad osobą starszą

Jako główny powód w ograniczeniu dostępu do świadczeń z zakresu wsparcia osób starszych respondenci podawali przede wszystkim ograniczone środki publiczne oraz brak wykwalifikowanego personelu. Wśród innych powodów, badani zwracali uwagę na ograniczoną infrastrukturę oraz niskie zasoby kadrowe. W zakresie wyzwań, z jakimi borykają się osoby starsze pozostające pod opieką pracowników socjalnych zdecydowana większość badanych wskazywała problemy zdrowotne (np. choroby przewlekłe – 82% respondentów), niepełnosprawność oraz samotność lub izolację. Wśród problemów, z którymi często zmagają się starsze osoby wymieniono również obojętność członków rodziny oraz problemy finansowe.

Współpraca z sektorem opieki zdrowotnej

Pracownicy socjalni podczas organizacji wsparcia dla osób starszych współpracowali z pracownikami ochrony zdrowia. Najczęściej współpraca ta obejmowała lekarzy rodzinnych. Z odpowiedzi respondentów wynika, iż najrzadziej kontaktowali się z lekarzem specjalistą (3,5% wskazań) oraz pracownikami administracji sektora zdrowia (2% wskazań). Częstszą współpracę z pracownikami ochrony zdrowia deklarowali pracownicy z dłuższym stażem pracy. Zakres współpracy pracowników socjalnych z przedstawicielami sektora zdrowotnego różnił się w zależności od świadczeniodawcy. Z odpowiedzi wynika, że lekarz rodzinny był najczęściej odwiedzany przez pracowników socjalnych w związku z:

- Wypisaniem recept (154 wskazania),
- Umówieniem wizyty domowej (92 wskazania),
- Wypisaniem skierowania do lekarza specjalisty (71 wskazań),
- Umówieniem wizyty lekarskiej (59 wskazań).

Natomiast wizyty u lekarza specjalisty dotyczyły najczęściej:

- Ustalenie terminu wizyty (91 wskazań),
- Wizyta kontrolna (39 wskazań),
- Konsultacja (38 wskazań),
- Wydanie zaświadczenia lekarskiego (26 wskazań).

Jako najczęstsze powody kontaktu z pielęgniarką środowiskową respondenci wskazywali:

- Umówienie wizyty domowej (35 wskazań),
- Zrobienie zastrzyku (33 wskazania),
- Monitorowanie stanu zdrowia osoby starszej (28 wskazań),
- Wykonanie podstawowych badań (26 wskazań).

Kontakt pracownikami administracyjnymi ochrony zdrowia (np.: z przedstawicielami NFZ) dotyczył natomiast najczęściej:

- Załatwiania spraw związanych z ubezpieczeniem podopiecznego (40 wskazań),
- Wyrobienia kart na zaopatrzenie w wyroby medyczne (30 wskazań),
- Nabycia informacji dotyczącej możliwości refundacji (16 wskazań),
- Składania wniosków o świadczenia (14 wskazań).

Respondenci raczej dobrze oceniali współpracę z przedstawicielami sektora opieki zdrowotnej – ponad połowa uczestników badania uważała, że współpraca z przedstawicielami ochrony zdrowia przebiega dobrze lub bardzo dobrze. Niewiele, bo 11% wszystkich badanych oceniało współpracę źle lub bardzo źle.

Wyzwania we współpracy z sektorem opieki zdrowotnej

W opinii respondentów największym wyzwaniem podczas współpracy z sektorem opieki zdrowotnej jest brak specjalistów zajmujących się osobami starszymi (lekarzy geriatrów czy pielęgniarek geriatrycznych). Ponad jedna czwarta respondentów współpracujących z sektorem zdrowia, jako wyzwania wymieniła konieczność długiego oczekiwania na wizytę, nawet po umówieniu na konkretną godzinę, a około 22% badanych

do wyzwań zaliczyło trudne do zrozumienia zasady funkcjonowania opieki zdrowotnej (np.: jakie świadczenia zdrowotne można uzyskać w ramach POZ i AOS). Respondenci wymieniali również brak chęci współdziałania i zrozumienia ze strony pracowników oraz zasłanianie się ochroną danych osobowych (RODO), gdy próbowali załatwienia spraw w imieniu osoby starszej.

Ocena sektora opieki socjalnej przez pracowników

W ocenie własnej sektora opieki socjalnej pracownicy najlepiej oceniali relacje z przełożonymi. Ocenę bardzo dobrą wskazało ponad 30% uczestników badania. Pracownicy dobrze ocenili również możliwości poszerzania swojej wiedzy przez udział w szkoleniach czy studiach podyplomowych oraz jasność i przejrzystość zakresu swoich obowiązków. Najgorzej ocenianym aspektem zatrudnienia było wynagrodzenie – zaledwie 3% badanych oceniło je jako bardzo dobre.

Zdecydowana większość respondentów uważała, że podniesienie wynagrodzenia ze względu na specyfikę pracy jest jednym z kluczowych działań usprawniających funkcjonowanie opieki socjalnej nad osobami starszymi – odpowiedzi zdecydowane i raczej tak zaznaczyło 95% badanych. Znaczna część ankietowanych uważała, że jasne przepisy prawne oraz zwiększenie współpracy z innymi sektorami (np. zdrowia) wpłynęłyby pozytywnie na efektywność działań instytucji pomocy społecznej. Respondenci wskazywali również, że dofinansowanie do studiów i organizacja większej liczby szkoleń z opieki nad osobami starszymi przyniosłoby pozytywny efekt.

Badanie metodą CATI – osoby starsze

Ocena stanu zdrowia

Wśród ogółu badanych 33% oceniło swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Najwięcej osób starszych pozytywnie oceniających swoje zdrowie było w przedziale wiekowym 60 – 69 lat. Subiektywnemu poczuciu dobrego zdrowia sprzyja młodszy wiek, aktywność fizyczna, poczucie szczęścia i zadowolenia z życia, a także aktywność zawodowa i dobra sytuacja materialna. Z kolei 22% ogółu badanych oceniło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Najgorzej swój stan zdrowia oceniały osoby w przedziałach wiekowych 70-79

oraz 80 i więcej lat. Na ocenę stanu zdrowia miała wpływ obecność chorób przewlekłych, ich konsekwencje oraz samotność i obawa o przyszłość. Na choroby przewlekłe cierpiało 80% populacji badanej. Najpowszechniejszymi i jednocześnie stanowiącymi największy problem dolegliwościami wieku starszego są choroby kręgosłupa, stawów i zmiany reumatyczne. Drugą dużą grupę problemów zdrowotnych stanowią kłopoty ze wzrokiem oraz schorzenia sercowo-naczyniowe. Prawie 1/4 osób przewlekłe chorych odczuwała samotność, prawie wszyscy badani korzystali z pomocy medycznej w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, zaś ponad połowa deklarowała problem z wykonywaniem codziennych czynności.

Opieka zdrowotna nad osobami starszymi

Z opieki lekarskiej korzystali prawie wszyscy respondenci (93%), zdecydowana większość z nich nie miała problemu ze skontaktowaniem się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, co może wynikać np. z ustalonej już rutyny przy pacjentach leczonych na choroby przewlekłe lub gotowości do odczekania nawet dłuższego czasu w kolejce. Natomiast w odczuciu osób badanych poprawy wymaga kwestia zainteresowania potrzebami pacjenta oraz wsparcie i wyjaśnianie wątpliwości pacjenta przez lekarza. Najczęstsze ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych dotyczyły wizyt u lekarzy specjalistów, rehabilitacji leczniczej oraz badań diagnostycznych. Znaczącym problemem w dostępie do świadczeń medycznych była bariera finansowa. Wśród respondentów, co piąta osoba musiała zrezygnować z wizyty lekarskiej lub wykupienia leków na receptę ze względu na zbyt wysoką cenę.

Profilaktyka i promocja zdrowia

Stopień korzystania z badań profilaktycznych przez osoby starsze był zróżnicowany. Najpowszechniejszej wykonywane były najprostsze badania laboratoryjne lub pomiar ciśnienia krwi. Najrzadziej seniorzy poddawali się badaniom inwazyjnym, które mogą prowadzić do dyskomfortu i bólu, jak kolonoskopia. Mało powszechne wśród osób starszych były również szczepienia ochronne.

Po rozwiązaniu w ramach programów profilaktycznych chętniej sięgali seniorzy-emeryci o umiarkowanym lub słabszym zdrowiu, stale w potrzebie wsparcia medycznego, ale też samodzielnie poszukujący alternatywnych rozwiązań w zakresie utrzymania zdrowia.

Osoby starsze jako główne bariery w korzystaniu z programów profilaktycznych wskazywały:

- Brak czasu – częściej w przypadku młodszej grupy wiekowej, która pozostaje aktywna zawodowo.
- Brak informacji na temat takich aktywności – osoby starsze, szczególnie na terenach wiejskich mają mniejszy dostęp do informacji na temat możliwych badań profilaktycznych.
- Ograniczenie wynikające ze stanu zdrowia – głównie wśród osób w starszych grupach wiekowych (powyżej 80 roku życia), których ogólny stan zdrowia ulega pogorszeniu wraz z wiekiem.
- Brak oferty w środowisku lokalnym – wynika to z istnienia nierówności społecznych w zdrowiu między obszarami wiejskimi i miejskimi.
- Problemy z transportem – głównie u osób o obniżonej sprawności fizycznej i mających problemy z mobilnością, np. samotni mieszkańcy wsi.

Zadanie 2. Analiza zjawiska wielochorobowości

W ramach działania przeprowadzono również analizę zjawiska współwystępowania wielu chorób u pacjentów powyżej 60 r.ż. oraz analizę kosztów wielochorobowości. Znaczenie zjawiska wielochorobowości jest coraz częściej rozpoznawane przez lekarzy i specjalistów zajmujących się organizacją usług medycznych. Badanie zjawiska wielochorobowości pozwala na poprawę jakości postępowania medycznego i na podejmowanie bardziej trafnych decyzji ekonomicznych.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na wyodrębnienie grup pacjentów charakteryzujących się współwystępowaniem różnych schorzeń. Przedstawiono charakterystykę wyodrębnionych grup pacjentów pod względem płci i wieku a także pod

względem kolejności, w jakiej diagnozowane były kolejne jednostki chorobowe i kosztów świadczeń medycznych związanych z leczeniem pacjentów w wyodrębnionych grupach.

W oparciu o przeprowadzone analizy wyodrębniono siedem grup pacjentów charakteryzujących się współwystępowaniem podobnych konfiguracji schorzeń:

Grupa 1. Pacjentki w wieku 60+, u których rozpoznano inne postacie niedoczynności tarczycy, wole nietoksyczne oraz schorzenia przekwitania i okresu okołomenopauzalnego, a także również osteoporoza bez patologicznego złamania.

Grupa 2. Pacjenci w wieku 60+, u których rozpoznano rozrost gruczołu krokowego oraz głuchotę przewodzeniową i czuciowo-nerwową. Była to najliczniejsza grupa współwystępowania chorób.

Grupa 3. Pacjenci w wieku 60+, u których rozpoznano zaburzenia korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa oraz zaburzenia refrakcji i akomodacji, a także zaburzenia przemian lipidów i inne lipidemie.

Grupa 4. Pacjenci w wieku 60+, u których rozpoznano zwyrodnienia wielostawowe, chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych, chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych, inne choroby krążka międzykręgowego oraz bóle grzbietu.

Grupa 5. Pacjenci w wieku 60+, u których rozpoznano cukrzycę insulinozależną, cukrzycę insulinozależną oraz zaćmę starczą, inne postacie zaćmy, inne zaburzenia siatkówki i jaskrę. Była to najmniej liczna grupa pacjentów.

Grupa 6. Pacjentki w wieku 60+, u których rozpoznano zrzucanie (refluks) żołądkowo-przełykowe, zapalenie żołądka i dwunastnicy, ból w okolicy brzucha i miednicy oraz schorzenia przekwitania i okresu okołomenopauzalnego.

Grupa 7. Pacjenci w wieku 60+, u których rozpoznano inne niezłośliwe nowotwory skóry oraz osteoporozę bez patologicznego złamania.

Najbardziej liczna wyodrębniona grupa pacjentów wiązała się z największymi kosztami świadczeń medycznych udzielanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

i szpitalnictwie. Dla AOS koszty świadczenia usług medycznych w latach 2012-2016 wyniosły 325 782 750 zł, a kwoty przeznaczone na leczenie szpitalne 946 472 386 zł. Najmniejsze koszty leczenia zamkniętego i specjalistycznego były związane ze świadczeniem usług medycznych wobec pacjentek z grupy 1, w ramach AOS – 15 769 001 zł, lecznictwo szpitalne – 20 829 852 zł (tab. 9).

Tab. 9 Koszty związane ze świadczeniem usług medycznych w latach 2012-2016 na rzecz pacjentów w wieku 60+ według grup występowania wielochorobowości

Grupa wielochorobowości	Rodzaj kosztów	Kwota wydatkowa w latach 2012-2016
Grupa 1	POZ	5 849 259 zł
	AOS	15 769 001 zł
	LSZ	20 829 852 zł
Grupa 2	POZ	227 748 952 zł
	AOS	325 782 750 zł
	LSZ	946 472 386 zł
Grupa 3	POZ	101 375 706 zł
	AOS	183 952 273 zł
	LSZ	349 889 735 zł
Grupa 4	POZ	10 725 076 zł
	AOS	25 911 626 zł
	LSZ	75 274 642 zł
Grupa 5	POZ	3 731 022 zł
	AOS	8 978 243 zł
	LSZ	32 641 085 zł

Grupa 6	POZ	26 297 717 zł
	AOS	58 663 092 zł
	LSZ	99 803 062 zł
Grupa 7	POZ	37 583 521 zł
	AOS	74 171 675 zł
	LSZ	117 665 519 zł

We wszystkich wyodrębnionych grupach pacjentów koszty świadczeń medycznych w szpitalnictwie były wyższe od kosztów ponoszonych w ambulatoryjnej opiece medycznej, jednak dysproporcja tych dwóch rodzajów kosztów przedstawiała się inaczej w zależności od grupy.

W uzupełnieniu do powyższych analiz przeprowadzono również panel ekspertów w oparciu o metodę delficką. W panelu ekspertów uczestniczyło trzech lekarzy specjalistów: chorób wewnętrznych i kardiologii, chorób wewnętrznych i onkologii klinicznej oraz chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Eksperci poproszeni zostali o wskazanie rekomendacji zmian w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów powyżej 60 r.ż. z wielochorobowością. Poniższe rekomendacje stworzone zostały dla poszczególnych grup współwystępowania chorób wyodrębnionych w czasie analizy zjawiska (tab. 10).

Tab. 10 Rekomendacje ekspertów dotyczące najbardziej efektywnych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z wielochorobowością według grup współwystępowania chorób

Grupa wielochorobowości	Rekomendacje ekspertów		
	Obniżenie kosztów bezpośrednich	Poprawa stanu zdrowia pacjentów	Poprawa jakości życia pacjentów
Grupa 1	- kontrola nad lekami refundowanych przez płatnika w celu uniknięcia sytuacji, w której pacjent dostaje receptę na ten sam lek od lekarza POZ i specjalisty - szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej - system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach	- system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach - stworzenie tzw. "grup konsultacyjnych", w ramach, których podejmowane byłyby decyzje dotyczące pacjentów - poprawa dostępności do leków stosowanych w tych jednostkach chorobowych (niższa cena,	- zapewnienie opieki psychologicznej - wspieranie grup stowarzyszających ww. pacjentów - szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej

	i stosowanych lekach • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej	wystawianie recept na kontynuację leczenia) • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej	
Grupa 2	• edukacja lekarzy POZ mająca na celu poprawę wykrywalności jednostek chorobowych na wczesnym etapie • system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach • możliwość wykonywania przez lekarzy POZ diagnostyki w kierunku ww. schorzeń • programy edukacji społecznej	• badania przesiewowe – audiogram • system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach	• kontakt i odpowiednia informacja rodziny pacjenta w celu zapewnienia akceptacji społecznej • system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach • programy edukacji społecznej i profilaktyki

Grupa 3	• profilaktyka zaburzeń lipidowych czyli zmiana nawyków żywieniowych przez odpowiednie kampanie informacyjne • edukacja lekarzy POZ mająca na celu poprawę wykrywalności jednostek chorobowych na wczesnym etapie • edukacja lekarzy POZ mająca na celu poprawę wykrywalności jednostek chorobowych na wczesnym etapie • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej	• zwiększenie dostępności do rehabilitacji • system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej	• racjonalność w prowadzeniu leczenia przeciwbólowego • okresowo kontrolowana skala bólu i badanie wzroku • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej
Grupa 4	• łączenie świadczeń związanych z tymi schorzeniami • profilaktyka cukrzycy • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej	• badania przesiewowe w grupach ryzyka • edukacja dietetyczna • możliwość kontynuacji leczenia w warunkach POZ po ustaleniu	• właściwa edukacja pacjenta w przypadku cukrzycy w zakresie leczenia farmakologicznego i pozafarmakologicznego oraz monitorowania tego leczenia

		rozpoznania przez specjalistę z opcją ponownej niezwłocznej konsultacji ze specjalistą w razie potrzeby • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej	• udział pracowników służby zdrowia innych niż lekarz w procesie leczenia pacjentów - wsparcie pracowników socjalnych, środowiskowych, innych
Grupa 5	• poprawa dostępności do rehabilitacji, leków przeciwbólowych i sprzętu ortopedycznego • możliwość wykonania części procedur (tj. diagnostyka i leczenie) w ramach POZ z opcją przyspieszonej konsultacji specjalistycznej w razie potrzeby • szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej (aktywność fizyczna, dieta, inne) • akcje informacyjne dotyczące chorób z uwzględnieniem czynników ryzyka	• opracowanie jednorodnej drogi postępowania z pacjentami z zespołem chorób: lekarz POZ - ortopeda - ewentualnie neurochirurg • poprawa (racjonalizacja) finansowania opieki na takimi pacjentami, która skutkowałaby wzrostem zainteresowanych konkretnych ośrodków problemami zdrowotnymi i lepszą opieką • poprawa dostępności do rehabilitacji, leków przeciwbólowych i sprzętu ortopedycznego	• możliwość wykonania części procedur (tj. diagnostyka i leczenie) w ramach POZ z opcją przyspieszonej konsultacji specjalistycznej w razie potrzeby • kontrola zespołów bólowych u osób, u których komponenty bólowe dominują w chorobach • poprawa dostępności do rehabilitacji, leków przeciwbólowych i sprzętu ortopedycznego

	tych chorób		
Grupa 6	- nadzór nad refundacją leków z grupy PPI które są bardzo często przepisywane w ramach refundacji bez spełnienia warunków refundacyjnych - leczenie ww. jednostek w ramach POZ z opcją przyspieszonej konsultacji specjalistycznej w razie potrzeby - poprawa dostępności do leków stosowanych w tych jednostkach chorobowych (niższa cena) w uzasadnionych przypadkach, wczesne wdrażanie leczenia zgodnego ze standardami a następnie systematyczne leczenie, ale wyłącznie w razie wskazań	- profilaktyka chorób - informowanie, że np. otyłość jest czynnikiem ryzyka choroby refluksyjnej przełyku (ch. r. p.) - informacja o nefarmakologicznych sposobach leczenia ch. r. p. jako metodach uzupełniających standardowe leczenie farmakologiczne i zwiększające ich skuteczność - leczenie w ramach POZ z opcją przyspieszonej konsultacji specjalistycznej w razie potrzeby	- leczenie ww. jednostek w ramach POZ z opcją przyspieszonej konsultacji specjalistycznej w razie potrzeby - edukacja lekarzy POZ mająca na celu poprawę w zakresie diagnostyki i leczenia jednostek chorobowych - szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej (aktywność fizyczna, dieta, inne)
Grupa 7	profilaktyka osteoporozy	eliminacja w miarę możliwości	szeroko stosowane programy

	• szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej • zwiększenie dostępności densytometrii i odpowiedniej terapii na wczesnych etapach • możliwość wizyty u dermatologa bez skierowania od lekarza rodzinnego	czynników ryzyka osteoporozy, np.: niepotrzebne steroidoterapie w IBD • edukacja związana z odpowiednią suplementacją witaminy D3 i Calcium 3 • zapewnienie aktywności fizycznej	profilaktyki i edukacji społecznej • edukacja lekarzy POZ mająca na celu poprawę wykrywalności jednostek chorobowych • system elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiający dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach
--	--	--	---

Eksperci byli bardziej zgodni w ocenach poszczególnych działań niż w odniesieniu do całego obszaru redukcji kosztów bezpośrednich, obszaru poprawy stanu zdrowia i obszaru poprawy jakości życia. W odniesieniu do grupy pacjentów, u których rozpoznano zwyrodnienia wielostawowe, chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych, chorobę zwyrodnieniową stawów biodrowych czy innych chorób krążka międzykręgowego oraz bóle grzbietu eksperci byli znacznie mniej zgodni w ocenach niż w odniesieniu do pozostałych grup pacjentów. Problematyka tych pacjentów wymaga dalszych badań z udziałem ekspertów z dziedziny ortopedii i neurologii.

Opracowanie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej umożliwiającego dostęp wszystkim lekarzom, do których zgłasza się pacjent, do wyników wykonanych badań oraz informacji o dotychczasowych rozpoznaniach i stosowanych lekach, szeroko stosowane programy profilaktyki i edukacji społecznej, zwiększenie dostępności rehabilitacji, możliwość wykonania części procedur (tj. diagnostyka i leczenie) w ramach POZ z opcją przyspieszonej konsultacji specjalistycznej w razie potrzeby zostały ocenione jako bardzo efektywne działanie w odniesieniu do wielu grup pacjentów i kilku obszarów problematyki świadczenia usług medycznych.

WNIOSKI

Ocena posiadanych zasobów finansowych i majątkowych oraz określenie potrzeb zdrowotnych ludności powinny być podstawą planowania działań systemowych. Każdy system ochrony zdrowia dysponuje ograniczonymi środkami względem potrzeb społeczeństwa, dlatego istotnym jest zwiększanie efektywności udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zjawisko starzenia się społeczeństwa wymusza wprowadzanie zmian organizacyjnych w funkcjonowaniu sektora zdrowotnego.

Osoba starsza często jest pacjentem z wielochorobowością, gdzie wymagane jest jednocześnie leczenie wszystkich rozpoznań, a fragmentaryzacja systemu opieki zdrowotnej nie pozwala na zapewnienie odpowiedniego leczenia. Podstawą opieki nad osobami starszymi powinna być koordynowana, kompleksowa opieka geriatryczna świadczona na poziomie POZ i AOS. Prowadzenie procesu leczenia z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej przynosi korzyści zarówno dla pacjenta, jak i systemu. Leczenie ambulatoryjne jest mniej kosztowne oraz pozwala pacjentowi pozostać w znajomym środowisku, jest to ważne dla osób starszych i ich zdrowia psychicznego. Rozwijane powinny być rozwiązania z zakresu deinstytucjonalizacji oraz opieki środowiskowej¹³. Ważnym działaniem jest również zwiększanie kadr medycznych dedykowanych specyfice opieki zdrowotnej nad pacjentem powyżej 60 roku życia, które powinny składać się z zespołu geriatrycznego, prowadzonego przez specjalistę w dziedzinie geriatрії wspieranego przez innych lekarzy (m.in. kardiolog, neurolog, hipertensjolog), wykwalifikowany zespół pielęgniarzski oraz przedstawicieli pozostałych zawodów medycznych (np. fizjoterapeutów, rehabilitantów). Ważnym jest również szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu opieki geriatrycznej oraz umiejętności komunikacji z osobą starszą. Pacjenci w wieku 60+ wymagają poświęcenia większej uwagi, a okazanie empatii jest dla nich często czynnikiem determinującym kontynuację leczenia¹⁴. W ostatnich latach system opieki zdrowotnej w Polsce podejmuje

¹³ Mitzner TL, Beer JM, McBride SE, Rogers WA, Fisk AD. Older Adults' Needs for Home Health Care and the Potential for Human Factors Interventions. *Proc Hum Factors Ergon Soc Annu Meet.* 2009;53(1):718–722

¹⁴ Wideman M. Geriatric care management: role, need, and benefits. *Home Healthc Nurse.* 2012 Oct;30(9):553-9

działania zmierzające do wzrostu zasobów infrastruktury i kadr medycznych w zakresie geriatry. W Polsce specjalizacja z geriatry jest jedną z dziedzin priorytetowych, jednak liczba lekarzy w stosunku do potrzeb osób starszych jest niska. Rozwijana jest również baza oddziałowa w szpitalach oraz tworzone są przychodnie geriatryczne.

W zakresie świadczeń zdrowotnych skierowanych do osób starszych zasadnym wydaje się wprowadzenie programów zdrowotnych z zakresu zdrowia psychicznego seniorów. Depresja jest częstym problemem z jakim mierzą się osoby w wieku 60+. Spowodowane jest to marginalizacją osób starszych, które przestają być traktowane jako aktywni członkowie społeczeństwa¹⁵. Utrzymanie dobrostanu psychicznego pozwala uniknąć zjawiska izolacji osób starszych oraz powstawania nierówności w zdrowiu.

Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem obejmującym wiele obszarów, w tym opiekę socjalną. W długofalowej polityce senioralnej w Polsce¹⁶ wskazana została potrzeba działań interdyscyplinarnych w celu zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej. Skoordynowane działania sektora pomocy społecznej oraz opieki zdrowotnej mogą wpływać na dłuższe utrzymanie dobrego stanu zdrowia osób starszych oraz zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej, dlatego należy dążyć do polepszenia warunków współpracy między przedstawicielami obu sektorów¹⁷.

¹⁵ Parkar SR. Elderly mental health: needs. Mens Sana Monogr. 2015;13(1):91–99

¹⁶ Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2104-2020. 2 Zdrowie i samodzielność. 2.1 Uwarunkowania rozwiązań medyczno-opiekuńczych dla osób starszych. Priorytet 1. Stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych.

¹⁷ Spiers G, Matthews FE, Moffatt S, et al. Impact of social care supply on healthcare utilisation by older adults: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2019;48(1):57–66

SPIS RYCIN

Ryc. 1 Liczba łóżek geriatrycznych w Polsce w latach 2012-2016 (dane CSIOZ)	32
Ryc. 2 Liczba poradni geriatrycznych w latach 2012-2016 w Polsce (dane GUS)	34
Ryc. 3 Podmioty lecznicze, które zarejestrowały w RPWDL dzienny ośrodek opieki geriatrycznej, stan na 30.09.2017 (dane RPWDL).....	36
Ryc. 4 Liczba pielęgniarek kończących specjalizację geriatryczną w okresie 2006-2015.....	40
Ryc. 5 Długość świadczenia opieki nad osobą starszą przez opiekuna nieformalnego	41
Ryc. 6 Stopień pokrewieństwa, powinowactwa opiekuna z podopiecznym.....	42
Ryc. 7 Charakterystyka osoby starszej korzystającej ze wsparcia opiekuna nieformalnego ...	43
Ryc. 8 Samodzielność osoby starszej na przykładzie poruszania się poza miejsce zamieszkania	43
Ryc. 9 Świadczenia opieki zdrowotnej z jakich najczęściej korzystają osoby starsze	44
Ryc. 10 Otrzymywane wsparcie dla nieformalnego opiekuna ze strony sektora medycznego i socjalnego.....	45
Ryc. 11 Rodzaj wydatków ponoszony przez opiekuna nieformalnego w związku z opieką nad osobą starszą.....	46
Ryc. 12 Liczba świadczeń udzielonych pacjentom w wieku 60+ w kolejnych latach analizy	48

SPIS TABEL

Tab. 1 Oddziały geriatryczne w szpitalach ogólnych w latach 2012-2016 (dane GUS).....	33
Tab. 2 Liczba specjalistów wybranych dziedzin lekarskich stan na dzień 30.09.2017	37
Tab. 3 Liczba osób kończąca wybrane specjalizacje pielęgniarские szczególnie ważne dla opieki nad osobami starszymi od 2002 do 2016	39
Tab. 4 Rozpoznanie najczęściej występujące u pacjentów w wieku 60+ według klasyfikacji ICD-10.....	49
Tab. 5 Świadczenia medyczne według rozpoznań, które były najczęściej udzielane osobom starszym na trzech poziomach opieki zdrowotnej.....	50
Tab. 6 Trend korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby starsze według rozpoznań.	55
Tab. 7 Koszty świadczeń udzielonych w ramach POZ, AOS, LS pacjentom w wieku 60+ w kolejnych pięciu latach w zależności od wieku pacjentów wyrażone w PLN	58
Tab. 8 Trendy zmian w kwotach wydatkowanych na leczenie osób starszych z najczęściej występującymi rozpoznaniem.	59
Tab. 9 Koszty związane ze świadczeniem usług medycznych w latach 2012-2016 na rzecz pacjentów w wieku 60+ według grup występowania wielochorobowości.	76
Tab. 10 Rekomendacje ekspertów dotyczące najbardziej efektywnych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z wielochorobowością według grup współwystępowania chorób.	78



ISBN 978-83-65870-24-7