

RAPORT
MARZEC 2024

POLITYKA ZDROWOTNA WOBEC SENIORÓW 2015-2023.

AUTOR: DR RAFAŁ BAKALARCZYK

WSPÓŁPRACA: PRZEMYSŁAW WIŚNIEWSKI

 **SENIOR.HUB**
INSTYTUT POLITYKI SENIORALNEJ



Sfinansowano ze środków Narodowego Instytutu Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach Programu Rozwoju Organizacji Obywatelskich PROO na lata 2021-2030.

WPROWADZENIE

Im jesteśmy starsi (lub starsi stają się nasi bliscy), tym potencjalnie częściej stykamy się z problemami zdrowotnymi, jak również częściej musimy kontaktować się z instytucjami opieki medycznej. Dlatego też dokonując bilansu minionych dwóch kadencji w polityce senioralnej nie sposób pominąć kwestii opieki (a szerzej: polityki) zdrowotnej. Należy przy tym zauważyć, że to na ile osoby starsze mogą cieszyć się zdrowiem oraz właściwym leczeniem i opieką medyczną, gdy to zdrowie szwankuje, nie zależy wyłącznie od działań zdrowotnych i pro-zdrowotnych adresowanych bezpośrednio do reprezentantów tej grupy wiekowej. Jakość oraz ocena zdrowia zależą bowiem również od ogólnej kondycji służby zdrowia i niektórych elementów jej zewnętrznego otoczenia (np. warunki i styl życia, czynniki środowiskowe, etc). W niniejszym podsumowaniu nie sposób zdiagnozować, opisać i ocenić wszystkich działań i zaniechań w polityce zdrowotnej w ostatnich latach, dlatego w dalszej części, po krótkim zarysowaniu bardziej ogólnych uwarunkowań, zostaną przedstawione tylko wybrane aspekty polityki zdrowotnej, ściślej lub luźniej powiązane właśnie z doświadczeniami i potrzebami seniorów. Obszary te to:

- 1) Polityka refundacji zakupów lekowych;
- 2) Opieka geriatryczna;
- 3) Profilaktyka zdrowotna oraz promocja i wsparcie zdrowego starzenia się;
- 4) Polityka wobec chorób otępiennych i innych chorób wieku podeszłego;
- 5) Opieka długoterminowa oraz hospicyjna i paliatywna

KONTEKST: POTRZEBY ZDROWOTNE STARZEJĄCEJ SIĘ POPULACJI I KONDYCJA SYSTEMU OPIEKI MEDYCZNEJ

Analizując wyżej wskazane obszary nie sposób abstrahować od szerszego kontekstu, zwłaszcza demograficznego. Liczba osób w Polsce rośnie, a długość życia wydłuża się. W grupie senioralnej zwiększa się więc udział osób w starości bardziej zaawansowanej, kiedy to kumulacja problemów zdrowotnych (w tym tych szczególnie powiązanych z podeszłym wiekiem jak np. zaburzenia demencyjne) występuje dużo częściej niż w innych grupach.

W Polsce przewidywana długość życia w zdrowiu jest krótsza niż średnio w krajach europejskich. Dla wielu mieszkańców kraju dojrzała faza życia przebiega w stanie dalece niepełnego dobrostanu zdrowotnego. Jak czytamy w jednym z opracowań: *Według szacunków Eurostatu długość dalszego trwania życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat wynosi obecnie (2018 r.) dla mężczyzn 8,2 roku, a dla kobiet 8,8 roku. Obserwowane w latach 2013–2016 wydłużanie się życia w zdrowiu uległo zahamowaniu. Obecnie kobiety i mężczyźni w wieku 65 lat żyją w zdrowiu odpowiednio o ok. 1,2 i 1,7 roku krócej niż ogół ich rówieśników w krajach UE”¹ (...)Mężczyźni w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że ok. 52% dalszego życia przeżyją w zdrowiu, natomiast kobiety ok. 44%. Natomiast w przypadku mieszkańców Szwecji analogiczne wartości wynoszą 81% i 73%”². Stan zdrowia osób starszych zamieszkałych w Polsce na tle rówieśników z innych krajów jest zatem statystycznie niższy. Występują też pod tym względem różnice regionalne, a także według płci (większa umieralność i zapadalność na hospitalizowane schorzenia dotyka mężczyzn)³. Najczęściej występujące schorzenia w wieku senioralnym to choroby układu krążenia. Choć sytuacja pod tym względem na przestrzeni lat ulega poprawie, nadal jest gorsza niż przeciętnie w Unii Europejskiej. Dokładniejszy obraz kondycji zdrowotnej starszego pokolenia (a także jego sytuacji społecznej) dostarcza obszerny raport z drugiego badania Pol Senior z 2021 r.*

O problemach zdrowia osób starszych myślimy zwyczajowo w kontekście: schorzeń somatycznych; ograniczeń motorycznych (trudności z poruszaniem się), ograniczeń sensorycznych (problemy ze wzrokiem i słuchem); zaburzeń natury otępiennej. Jednakże współcześnie znaczną uwagę należałoby także poświęcić problemom zdrowia psychicznego wśród osób w różnych fazach starości (np. depresja), a także widzieć te problemy nie tylko w kontekście stricto medycznym, ale i także społecznym, w tym w powiązaniu m.in. z ryzykiem osamotnienia. Badania pokazują, że np. samotność, na którą szczególnie narażone są osoby w zaawansowanym wieku i o ograniczonej sprawności, może sprzyjać pojawianiu się innych deficytów (np. osoby osamotnione są mniej skłonne do dbałości o własne zdrowie).⁴ Wydaje się, że problematyka zdrowia psychicznego osób starszych nie doczekała się szerszego podjęcia w ramach agendy polityki publicznej w badanych latach 2015-2023.

Na obraz zdrowia starszego pokolenia składa się także doświadczenie czasu pandemii, kiedy to wiele osób podupadło na zdrowiu psychicznym i fizycznym, a długotrwała izolacja i ograniczenie kontaktów (a niekiedy ich załamanie) czy mniejsza obecność na

świeżym powietrzu i aktywność fizyczna⁵ również przyniosły – niekiedy odłożone w czasie – skutki dla zdrowia wielu osób. Skutki te zarówno dotknięty osoby mieszkające w otoczeniu instytucjonalnym (np. w Domach Pomocy Społecznej) jak i środowiskowym. Do tego doszło też przynajmniej czasowe ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych i możliwości korzystania z nich lub pogorszenie jakości usług (np. w związku z czasowym zastępowaniem tradycyjnych wizyt lekarskich tele-poradami)⁶. Wszystko to musiało przełożyć się na pogorszenie zdrowia i wygenerowało tzw. dług zdrowotny. To mogło szczególnie uderzyć w osoby starsze jako bardziej zależne od funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i też bardziej rygorystycznie podlegające regułom dystansowania i samoizolacji.

Jeśli chodzi o funkcjonowanie służby zdrowia, trzeba też dodać, że ograniczenia w dostępie - choć nasiliły się w okresie pandemii - nie wynikają tylko z okoliczności tego czasu. Można choćby wskazać wielowymiarowe braki i problemy kadrowe (zresztą w kontekście kadr sektora opieki zdrowotnej także widzimy niepokojący proces starzenia się, a niektóre dziedziny wręcz ratują pracujący lekarze w wieku emerytalnym), długi czas oczekiwania na poszczególne rodzaje świadczeń, ograniczony dostęp do specjalistów i ogólne niedofinansowanie sektora opieki medycznej. Jak wynika ze sporządzanych corocznie raportów Barometru WatchHealthCare (WHC), w latach 2015-2023 panowała zasadniczo stagnacja jeśli chodzi o czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia zdrowotne. W połowie 2015 roku było to średnio 2,9 miesiąca, podczas gdy w połowie 2023 – 3,5 miesiąca (nieznaczny, w granicach błędu statystycznego spadek względem wcześniejszego roku – o 0,1 miesiąca)⁷. Problem więc zbyt długiego oczekiwania nie został rozwiązany ani złagodzony. Fakt istnienia problemu z dostępnością diagnostyki i specjalistycznych usług medycznych może być związany również z niedostateczną liczbą lekarzy zatrudnionych w systemie, co widać także na tle porównawczym. Według danych z raportu OECD z 2023 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypada raptem 3,4 praktykującego lekarza, podczas gdy średnia dla krajów rozwiniętych jest zauważalnie wyższa – 3,7. Nie lepiej wygląda dostęp do pielęgniarek – w Polsce było to 5,7 na 1000 mieszkańców, podczas gdy średnia dla OECD wyniosła znacznie więcej – 9,2⁸.

Problemem jest liczba zarówno lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lekarzy poszczególnych specjalizacji, do których dostęp - zwłaszcza w odniesieniu do starszych, schorowanych pacjentów - może mieć zasadnicze znaczenie (a już w szczególności w obliczu

deficytu liczby geriatrów). Problemy te są obecne od lat, więc nie obciążają one wyłącznie minionego rządu, aczkolwiek nie da się ukryć, że przez ten czas nie udało się doprowadzić sytuacji do poziomu choćby zgodnego ze standardami krajów OECD, które przecież również zmagają się z wyzwaniami starzenia się populacji, rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę, brakami kadrowymi.

W Polsce pacjenci coraz więcej dopłacają z własnej kieszeni do całościowych kosztów opieki zdrowotnej. Ten stan rzeczy uderza też w realny dostęp mniej zamożnych pacjentów (a wśród emerytów sporo osób jest jednocześnie niezamożnych i dotkniętych licznymi schorzeniami)⁹. Wspomniane uwarunkowania składają się na niekorzystny obraz kondycji zdrowotnej osób starszych i systemu opieki medycznej, który w ograniczonym stopniu jest przygotowany na mierzenie się z nimi.

1. POLITYKA REFUNDACJI ZAKUPÓW LEKOWYCH: PROGRAM “LEKI 75+” I JEGO ROZSZERZENIE

Jednym ze sztandarowych programów rządu Zjednoczonej Prawicy przyjętym już na początku pierwszej kadencji, a uruchomionym od 2016 roku był program pełnej refundacji części leków dla osób po 75. roku życia. Działania w tym kierunku zostały zapowiedziane w kampanii wyborczej przed wyborami parlamentarnymi w 2015 roku pod hasłem darmowych leków dla seniora. W praktyce program ten wszedł w życie w nieco okrojonej wersji względem tego co wynikało z kampanijnej obietnicy, jednak co do zasady została ona zrealizowana. Program od początku zapewniał bezpłatne dla odbiorcy leki, ale tylko te, które znalazły się w wykazie na osobnej liście (tzw. lista „S”). Programem objęto osoby dopiero po 75 roku życia, a nie ogół seniorów.

Na przestrzeni lat budżet programu wykazywał tendencję wyraźnie wzrostową. Przykładowo w 2017 roku zaplanowano wydatki na poziomie 564 mln złotych (ostatecznie wydano 489 mln). W 2018 roku zaplanowano 693 mln złotych (z czego wydano 685 mln), w 2019 zaplanowano 733,4 mln (a wydano 715,2 mln). W 2022 roku wydano na realizację programu prawie 800 mln. Po rozszerzeniu przyjętym pod koniec 2023, przewidującym objęcie całkowitą refundacją części leków wszystkich osób 65+, całkowity koszt programu szacowany jest na 2,4 mld zł rocznie.

Mimo relatywnie dużego i rosnącego budżetu programu, jego kształt i realizacja nie były całkiem wolne od mankamentów. Oceny działania programu dokonała Najwyższa Izba Kontroli po zakończeniu pierwszej kadencji poprzedniego rządu. W pokontrolnym komunikacie podkreślano pozytywne znaczenie programu dla korzystających z niego seniorów, ale zakwestionowano przede wszystkim niejasność klucza, według którego pewne leki znajdowały się na liście, inne zaś nie¹⁰. Mimo pozytywnego wpływu programu na możliwość zakupu lekarstw przez część osób w zaawansowanej starości, nie rozwiązał on problemu wielu osób starszych, jakim jest niemożność zaopatrzenia się we wszystkie potrzebne leki z uwagi na zbyt wysoka ich cenę. Pokazały to wyniki ankiety przeprowadzonej przez Agencję Badań Rynku i Opinii przez Koalicję na Pomoc Niesamodzielnym¹¹ w 2022 roku. Z wyników ankiety jasno wynikało, że w miesiącach poprzedzających badanie 80% seniorów nie wykupiło przynajmniej części przepisanych im leków, a dla 95% badanych osób starszych zakup leków stanowił istotne lub bardzo duże obciążenie domowego budżetu.

Na skalę problemu mogły wpłynąć także zewnętrzne wobec polityki lekowej okoliczności, takie jak ogólny poziom inflacji, w tym wzrost cen energii oraz żywności, które stanowią tak dużą część koszyka wydatków w gospodarstwach emeryckich. Gdy ogólne koszty życia rosły, trudniej było w ramach posiadanych budżetów domowych wygospodarować środki na zakup wszystkich zalecanych leków. A przypomnijmy, że – jak wyliczył Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciwdziałania Ubóstwu – w 2022 roku nawet 300 tys. osób w wieku senioralnym mogło być zagrożonych ubóstwem skrajnym¹². Mówimy o stanie, w którym z powodu braku środków zagrożone jest zdrowie, a nawet życie człowieka.

Pewnym krokiem wspierających dostępność leków dla osób starszych było rozszerzenie programu o osoby niepełnoletnie i wszystkie osoby po 65 roku życia. Zmiany weszły w sierpniu 2023 roku¹³, ale wciąż dotyczyły ograniczonej liczby leków znajdujących się na specjalnej liście „S”, która w 2023 r. objęła 3800 pozycji. Analizując skutki i znaczenie programu wybranych darmowych leków dla poszczególnych grup wiekowych, nie można też pominąć szerszego obrazu jakim jest ogólny system i poziom refundacji leków w krajów (także na tle porównawczym). Choć zestawienie nie jest łatwe, z uwagi na to, że w różnych krajach funkcjonują inne zasady ustalania odpłatności i refundacji za leki¹⁴ (np. kwotowe lub procentowe określanie poziomu indywidualnej odpłatności), istniejące dane wskazują, że w Polsce poziom odpłatności za leki jakie osoby chore muszą nabyć w relacji do ich

całościowego kosztu jest wysoki. Według danych OECD za 2021 rok było to 65%, podczas gdy w Czechach – 46%, na Słowacji -32%, a w Niemczech zaledwie 18%¹⁵. Wśród krajów rozwiniętych jedynie w Bułgarii i Chile, nakłady prywatne w ogólnych kosztach leków są wyższe niż w Polsce. Duży udział pacjenta w finansowaniu potrzebnych medykamentów może więc znacząco uderzać w sytuację finansową i zdrowotną seniorów oraz ich rodzin (w tym także seniorów, których schorzenia sprawiają, że muszą korzystać z leków spoza darmowej listy „S”).

Osobną kwestią podejmowaną od lat przez środowiska gerontologiczne jest fakt, że część seniorów korzysta równocześnie z dużej (nieraz zbyt dużej) liczby leków, których zażywanie nie zawsze jest skoordynowane i tym samym per saldo niekoniecznie może pozytywnie wpływać na całościowy stan zdrowia starszej osoby. Nieco ten problem mogłoby łagodzić korzystanie z konsultacji geriatrycznych, pozwalających na bardziej holistyczne spojrzenie na zdrowie starszego pacjenta i jego leczenie, ale ten wymiar polityki publicznej również nie doczekał się należytej naprawy.

2. OPIEKA GERIATRYCZNA.

Jeszcze za czasów rządu PO-PSL Najwyższa Izba Kontroli przyjrzała się sytuacji krajowej geriatry. W swym pokontrolnym komunikacie alarmowała, że sytuacja w geriatry jest bardzo trudna i że dziedzina ta wymaga rozwoju¹⁶. Niestety, rząd Zjednoczonej Prawicy nie wykazał się wystarczającą determinacją by realnie doprowadzić do rozwoju geriatry, o czym świadczą konkluzje kolejnego raportu NIK z 2022 roku¹⁷. Zgodnie z pokontrolnym komunikatem dziedzina ta okazała się być „priorytetem, ale tylko na papierze”¹⁸. Wskazano, że dostęp do niej jest ograniczony i bardzo nierównomierny, a czas oczekiwania długi (i dodatkowo znacznie zróżnicowany terytorialnie). Zarzucono również zbyt opieszale czy wręcz pozorne działania odpowiedzialnych za rozwój tego obszaru kluczowych podmiotów i powołanych ciał konsultacyjnych. Podobnie jak we wcześniejszym raporcie, wskazywanym problemem była też niewielka liczba specjalistów. Ze wspomnianego raportu NIK wynikało, że w przeliczeniu na milion mieszkańców przypadało 12,8 lekarza geriatry, co na tle przywołanych przez NIK statystyk jest poniżej standardu w krajach UE (tam współczynnik ten waha się od 16 do 50)¹⁹ Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej z kwietnia 2023 roku w Polsce jest 574 geriatrów,

a w tym 560 aktywnych zawodowo w swojej specjalizacji²⁰.

Pewne nadzieje na zmiany w dziedzinie geriatryi pojawiły się u schyłku rządów Zjednoczonej Prawicy wraz z przyjęciem w 2023 roku *Ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej*, która weszła w życie z początkiem 2024 roku. Przewiduje ona możliwość powoływania na poziomie powiatowym Centrów Zdrowia 75+. Byłyby to jednostki, zawierające poradnię konsultacyjną, co najmniej jeden ośrodek dziennej opieki geriatrycznej, geriatryczny zespół opieki domowej, zespół koordynatorów opieki geriatrycznej oraz zespół edukatorów zdrowotnych. Zakres świadczeń obejmowałby w szczególności: świadczenia w zakresie geriatryi, udzielane zarówno przez lekarza jak i pielęgniarkę; fizjoterapię udzielaną przez fizjoterapeutę; opiekę psychiatryczną udzielaną przez lekarza psychiatrę; porady dietetyka; terapię zajęciową; edukację zdrowotną. Ponadto centra zobowiązane byłyby do zapewnienia transportu pacjentom korzystającym z jego usług oraz wyżywienia. Przewidziano powstanie 300 centrów oraz możliwość dofinansowania ich budowy z Funduszu Medycznego.

Czas pokaże na ile założenia ustawy zostaną zrealizowane i w jakim stopniu pozwoli to odpowiedzieć na potrzeby starszych, schorowanych pacjentów. Wiele wskazuje na to, że nie nastąpi to szybko, gdyż istnieją poważne strukturalne przeszkody dla organizacji odpowiedniego systemu. Część problemów sygnalizuje już na starcie artykuł P. Otto jaki ukazał się w Dzienniku Gazeta Prawna w ostatnich dniach 2023 roku, a więc w przededniu wejścia w życie Ustawy²¹. Przewiduje ona, że tworzenie centrów musi być poprzedzone powstaniem wojewódzkich planów a te jeszcze nie zostały przyjęte i zapewne nie nastąpi to wkrótce po rozpoczęciu obowiązywania ustawy. Ponadto zabrakło u progu 2024 roku przepisów wykonawczych i szczegółowych wytycznych co do zasad udzielania świadczeń w ramach centrów. Samorządy muszą też czekać na plan inwestycyjny po stronie Ministerstwa Zdrowia w zakresie Funduszu Medycznego, a o to od tego zależą możliwości budowy, doposażenia i modernizacji centrów. Wreszcie, brakować może też w skali kraju jak i na poziomie poszczególnych powiatów wymaganych kadr, co zresztą jest systemową bolączką polskiej geriatryi. Jak wspomniano wyżej mamy w Polsce raptem 560 lekarzy geriatrów, podczas gdy potrzeba jest minimum 2,7 tys.²² Mimo wszystko, przyjęcie nowych regulacji można widzieć jako nowe otwarcie dla rozwoju opieki geriatrycznej powiązanej z szerszym wsparciem środowiskowym dla osób starszych. Ten element zdrowotnej polityki senioralnej wymaga więc dokładnego monitorowania oraz dalszych usprawnień i rozwijania.

3. PREWENCJA CHOROÓB I PROFILAKTYKA ZDROWOTNA.

Istotnym elementem polityki na rzecz zdrowego starzenia się powinny być programy i instrumenty sprzyjające promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób oraz prewencji zaburzeń pomyślnego starzenia się. Szereg problemów polityki zdrowotnej wynika także ze struktury zdrowia starszego pokolenia, ta zaś jest komponentem wielu czynników takich jak dominujące style życia, postawy wobec badań profilaktycznych i terapii, otwartość na wprowadzanie zmian w sposobie życia itp. Wśród osób starszych wciąż występują nawyki, nierzadko przeniesione z wcześniejszych faz życia, niekorzystne dla zdrowia, np. związane z używkami, jakością diety, ilością ruchu, ekspozycją na czynniki ryzyka czy niską regularnością badań profilaktycznych. Niektóre problemy, np. związane z niedożywieniem czy niewłaściwym nawodnieniem organizmu na skutek spożywania niewystarczającej ilości płynów mogą rosnąć w podeszłym wieku.

Prozdrowotna polityka publiczna w celu uświadamiania, kreowania, zmieniania czy wzmocnienia określonych postaw może tworzyć określone możliwości, ramy, zachęty. Patrząc z tej perspektywy, miniony okres 8 lat przyniósł nowe programy, które jednak wprowadzono dopiero w drugiej połowie drugiej kadencji i na obecnym etapie mogą stanowić dopiero zaczątek bardziej całościowej i skutecznej polityki. Przykładem idącego w dobrym kierunku programu jest choćby program „Profilaktyka 40+” uruchomiony dopiero w połowie 2021 roku jako pilotaż, który następnie został przedłużony²³. Innym nowym instrumentem jest - również pilotażowy - program „*Recepty na ruch*”²⁴, adresowany do osób po 25 roku życia, które mierzą się z problemami zdrowotnymi (przewidziano w pilotażu, iż program obejmie 15 tys. osób).

Problem ograniczonej aktywności fizycznej dotyczy też dużej liczby seniorów, a niedostateczna ilość ruchu rośnie wraz z wiekiem. Jak czytamy w badaniu Pol Senior2, osoby starsze rzadko uczestniczą w typowo sportowych formach aktywności sportowej. Jak czytamy we wnioskach z rozdziału poświęconemu tej formie aktywności: *Regularna aktywność fizyczna jest najważniejszym zachowaniem zdrowotnym zapobiegającym niepełnosprawności w starszym wieku, a promocja wszelkich form ruchu, jako najlepszego leku dla seniora, powinna być jednym z podstawowych wniosków płynących z badania*

PolSenior2. Budowanie świadomości korzystnego wpływu regularnej aktywności fizycznej na nasze zdrowie i sprawność powinno dotyczyć również młodszych grup wieku – budowanie zdrowych nawyków może pomóc w przygotowaniu się do okresu starości²⁵. Wskazuje się też na konieczność sprofilowania działań sprzyjających aktywności fizycznej względem specyfiki zainteresowań, potrzeb i możliwości osób w starszym wieku i uwzględnienia zróżnicowania tej grupy: W promocji aktywności fizycznej należy uwzględnić ograniczenia zdrowotne i sprawnościowe, a także specyfikę profilu aktywności fizycznej seniorów w Polsce – promować dłuższe spacery, np. jako lokalne inicjatywy zwiedzania miasta i okolic, utrzymywać dostęp i możliwość korzystania z siłowni, ogródków działkowych lub organizować wycieczki piesze, podtrzymywać i zapewniać bezpieczeństwo przemieszczania się rowerem²⁶.

Jakkolwiek aktywność fizyczna poza domem ze względów zdrowotnych i społecznych jest pożądana, istnieją sytuacje, w których cenna i niekiedy jedynie możliwa jest też odpowiednia aktywność ruchowa w warunkach domowych. Tak było choćby w fazach pandemii, kiedy większość osób (zwłaszcza w wieku senioralnym) była skłonna do ograniczenia wychodzenia z domu i dystansowania fizycznego. Za korzystny, choć prawdopodobnie nie dość nagłośniony i spopularyzowany program wspierających aktywność ruchową osób starszych w tym okresie można uznać uruchomiony w pierwszej fazie pandemii program „Aktywny senior w domu”²⁷ (zawierający porady i instruktaż ćwiczeń) zainicjowany przez Ministerstwo Zdrowia i Krajową Izbę Fizjoterapeutów.

Z pewnością tego typu działania powinny być kontynuowane, promowane i poddawane ewaluacji by docelowo zaczęły działać na szerszą skalę. Okres rządów Zjednoczonej Prawicy można pod tym względem widzieć jako zasianie ziaren pod potrzebną politykę, która jednak wymagałaby szerszego rozmachu. Przydałoby się także sformułowanie programów profilaktyki zdrowotnej zorientowanej na dolegliwości i ryzyka zdrowotne (także te skutkujące utratą samodzielności) właściwe dla wieku podeszłego, a także promowanie ich w sposób umiejętnie sprofilowany na starszych odbiorców. Wydaje się że także na poziomie dyskursu w polityce publicznej w miniony czas w niewystarczającym stopniu akcentowano wagę zdrowego starzenia się, jego promocji i wspierania przy pomocy rządowych programów.

4. PROBLEMY OSÓB Z CHOROBAMI OTEPIENNYMI ORAZ ICH BLISKICH

Kolejny obszar, nabierający coraz większego znaczenia to choroby mózgu i zmiany demencyjne rozwijające się zwłaszcza wraz z podeszłym wiekiem. Zgodnie z danymi statystycznymi dostępnymi w serwisach prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, nawet od 560 do 650 tys. osób w Polsce cierpi na przynajmniej jedną z chorób otępiennych, z czego od 360 do 470 tys. osób (a więc 2/3) cierpi na chorobę Alzheimera. W przypadku osób w wieku 90+ - aż 69% osób choruje na zaburzenia otępienne (o różnym nasileniu), w grupie 85-89 lat jest to 40% osób, w wieku 80-84 lat – 23% osób, w wieku 75-79 lat – 9%, a w wieku 70-74 lata – 6%²⁸.

Już w 2015 roku, a więc w przededniu rozpoczęcia rządów Zjednoczonej Prawicy, Najwyższa Izba Kontroli w swym raporcie ukazywała tragiczną sytuację chorych na Alzheimera oraz ich rodzin, na których spoczywa ogrom obowiązków opiekuńczych. Wskazywano też na zbyt późną diagnostykę tej choroby, brak koordynacji leczenia i wsparcia chorych oraz osób ich wspierających²⁹. Na problemy tej grupy konsekwentnie przez cały okres rządów Zjednoczonej Prawicy wskazywał też Rzecznik Praw Obywatelskich, także przy okazji niemal corocznych konferencji poświęconej temu zagadnieniu, z udziałem szerokiego grona interesariuszy³⁰. Organizacje pozarządowe od lat domagały się też przyjęcia Narodowego Planu Alzheimerowskiego, którego podstawowe ramy zostały przygotowane przez środowisko alzheimerowskie jeszcze na długo przed 2015 rokiem³¹. Niestety ani wcześniej, ani przez 8 lat rządów Zjednoczonej Prawicy taka strategia nie została przyjęta, a Polska pozostaje w grupie ostatnich krajów, które nie doczekały się skoordynowanej polityki w tym zakresie³².

Prześliski świadomości wagi tego problemu po stronie ówczesnych decydentów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną można było jednak dostrzec w ramowym dokumencie strategicznym „Zdrowa Przyszłość”, gdzie w części poświęconej deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi przewidziano działania zorientowane na wsparcia osób z zaburzeniami otępiennymi. Takim instrumentem miały być Dienne Centra Treningu Pamięci, które ostatecznie nie powstały. Strategia „Zdrowa Przyszłość” zakładała, że zostanie opracowany standard ich funkcjonowania oraz ramy finansowania w oparciu o system świadczeń ze środków NFZ³³. W chwili pisania niniejszej ekspertyzy założone działania jednak nie zostały wprowadzone. Jeśli chodzi o wsparcie rodzin osób zmagających

się z zaburzeniami otępiennymi zapewne częściowo mogłoby ono opierać się na ogólniejszych mechanizmach wspierania opiekunów osób starszych tracących samodzielność, jednak na tym polu również zabrakło całościowej, przemyślanej polityki, a pojawiły się jedynie „wyspowe” programy łagodzące dolę opiekunów (jak konkursowy program „Opieka wytchnieniowa”).

Jakkolwiek należy priorytetowo potraktować tematykę chorób otępiennych, nie można w polityce publicznej tracić z pola widzenia też innych chorób, których ryzyko występowania rośnie wraz z podeszłym wiekiem, np. neurologicznej choroby Parkinsona (szacuje się, że w Polsce może dotyczyć nawet 60 tys. osób)³⁴, osteoporozy, chorób miażdżycowych, reumatyzmu i szeregu innych schorzeń. Wydaje się, że w tym kontekście przydałaby się polityka zdrowotna zorientowana na profilaktykę, diagnostykę, leczenie chorób wieku podeszłego (choć zdarza się, że dotykających ludzi już na wcześniejszym etapie życia). Stworzenie takiej kompleksowej polityki pozostają póki co jeszcze przed nami.

5. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA, HOSPICYJNA I PALIATYWNA

Kolejnym obszarem, który wydaje się istotny z punktu widzenia bilansu polityki zdrowotnej wobec osób w podeszłym wieku, jest opieka długoterminowa oraz odrębna względem niej opieka paliatywna i hospicyjna, finansowane ze środków NFZ. Choć tego typu świadczenia nie są adresowane wyłącznie do osób w starszym wieku i nieraz niestety dotyczą osób młodszych oraz ich bliskich (zwłaszcza w przypadku wystąpienia chorób nowotworowych), statystycznie największą grupę pacjentów tego typu form opieki medycznej stanowią właśnie seniorzy, z naciskiem na tych najstarszych pośród nich. W przypadku stacjonarnych placówek opieki długoterminowej finansowanej z NFZ w 2019 roku osoby w wieku 80+ stanowiły 59% rezydentów, a osoby między 60. a 80. rokiem życia kolejne 28% rezydentów. Z kolei jeśli mówimy o osobach korzystających z opieki hospicyjnej i paliatywnej prawie 3/4 stanowiły osoby w wieku 65+, z czego 29% stanowiły osoby w wieku 80+.³⁵

Według danych z raportu Głównego Urzędu Statystycznego „Zdrowia i ochrona zdrowia w 2022 roku” w zakładach opieki długoterminowej przebywało 65,4 tys. osób. Jeśli zaś chodzi o opiekę hospicyjną i paliatywną udzielaną w placówkach stacjonarnych (tj. w hospicjach stacjonarnych, oddziałach paliatywnych i oddziałach hospicyjnych i paliatywnych działających w szpitalach) pomoc uzyskało niemal 41,7 tys. pacjentów³⁶.

Raporty NIK z tego okresu pokazują duże i wielorakie problemy zarówno jeśli chodzi o opiekę długoterminową finansowaną ze środków NFZ jak również opiekę hospicyjną i paliatywną. W przypadku tej pierwszej grupy świadczeń, tj. opieki długoterminowej, można w oparciu o raport pokontrolny NIK odnoszący się głównie do placówek całodobowych wskazać m.in. niewystarczający i nierówny w skali kraju dostęp, niewystarczające finansowanie oraz nierównomierny przepływ środków między województwami, problemy kadrowe, problemy z realizacją części świadczeń i realizacją poszczególnych procedur, problemy natury lokalowej czy sprzętowej.³⁷ Z kolei w zakresie opieki hospicyjnej i paliatywnej również odnotowano problemy finansowo-kadrowe i ograniczania dostępności, zwłaszcza na terenach wiejskich³⁸.

Wydaje się, że problemy te zostały w niewielkim stopniu zaadresowane od czasu opisanego ich w dokumentach pokontrolnych NIK. Można jednak wskazać na pozytywne kroki, jakim był wzrost nakładów w interesującym nas obszarze, zwłaszcza w ostatnich latach rządów ZP. Jak podawało Ministerstwo Zdrowia, nakłady na opiekę długoterminową wzrosły z kwoty 1 mld 875 mln złotych w 2019 roku do kwoty 3 mld 510 mln złotych w 2022 roku. Wzrost nakładów procentowo jak w liczbach bezwzględnych wydaje się zatem znaczący. Również wzrost nakładów nastąpił w sferze opieki hospicyjnej i paliatywnej - z 813 mln złotych w 2019 roku do 1 mld 198 mln złotych w 2022 roku. Dodatkowo od 2023 roku nastąpił wzrost stawek finansowania z NFZ świadczeń opieki hospicyjnej i paliatywnej o 12 procent i opieki długoterminowej od 10 do 17%.³⁹

Należy dodać, że wzrost stawek i ogólnego finansowania sfer opieki całodobowej stanowił raczej amortyzator załamania się systemu, który od lat znajduje się w trudnej sytuacji finansowej i kadrowej, a jego problemy pogłębiły się w związku ze wzrostem kosztów utrzymania placówek. Jeśli chodzi o opiekę hospicyjną, został też w 2023 roku powołany zespół ds. reformy opieki hospicyjnej i paliatywnej, choć do końca kadencji nie opracował on planów reformy. Do jej opracowania należy wrócić, podobnie jak do rozważenia ewentualnego rozszerzenia zmian tak by regulowały również kwestie rozwoju opieki domowej. Reforma powinna też położyć stabilne fundamenty pod działalność Dziennych Domów Opieki Medycznej. Tego typu instytucje działały dotąd w ramach finansowania ze środków unijnych, a tymczasem dobrze by było aby stanowiły integralną część systemu opieki, zapewniając osobom potrzebującym wsparcie nie zawsze możliwe do zrealizowania w domu, zaś opiekunom dostarczając wytchnienie w opiece nad osobą zależną.

Dzienne Domy Opieki Medycznej przewidziano jeszcze za rządów Zjednoczonej Prawicy w strategicznym dokumencie „Zdrowa Przyszłość” (załącznik: Deinstytucjonalizacja opieki nad osobami starszymi)⁴⁰, ale do dziś pozostają one rozwiązaniem „na papierze”.

WNIOSKI I KIERUNKOWE REKOMENDACJE

Polityka zdrowotna na rzecz osób starszych i zdrowego starzenia w okresie rządów Zjednoczonej Prawicy była realizowana w ograniczonym zakresie. Wiele działań prowadzono potowicznie, wiele było rażących zaniedbań lub kroków spóźnionych. Spośród omawianych obszarów, największe zdecydowanie i konsekwencje wykazano w odniesieniu do podniesienia refundacji leków (i tym samym zmniejszenia skali ich finansowej niedostępności) dla osób starszych, choć i tu realizowane działania miały swoje ograniczenia: początkowo zbyt zawężony krąg odbiorców oraz leków, a także nietransparentne zasady ich doboru na listę pełnej refundacji. Mimo wszystko samo prowadzenie działań w kierunku ulżenia emerytom w zakupie leków należy ocenić za pozytywny dorobek minionej kadencji. Mniej wyraźnie prezentują się osiągnięcia w zakresie rozwoju usług i instytucji medycznych i okołomedycznych dla osób w starszym, w tym sędziwym wieku. Niezależnie czy mówimy o opiece geriatrycznej, o opiece długoterminowej, hospicyjnej czy leczeniu, wsparciu i opiece wobec osób z określonymi schorzeniami wieku podeszłego, polityce publicznej tego okresu brakowało determinacji, konsekwencji, kompleksowości by łagodzić już wcześniej obecne i wstępnie zdiagnozowane problemy. Pewne kroki zostały podjęte dopiero w końcowej fazie rządów Zjednoczonej Prawicy (np. wzrost finansowania opieki długoterminowej i hospicyjnej czy przyjęcie ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej). Jak zostało opisane wyżej, są to działania konieczne, ale niewystarczające – co najwyżej łagodzące głębię kryzysu niż go przewyżczające. Niewystarczająca okazała się też polityka promocji zdrowego starzenia się i profilaktyka zdrowotna osób w dojrzałym wieku, choć poszczególne programy o charakterze pilotażowym mogą być załączkiem takiej polityki publicznej na najbliższy czas.

W oparciu o dokonaną analizę można próbować zarysować kierunkowe rekomendacje, które jednak wymagają uszczegółowienia i konsultacji przede wszystkim z udziałem specjalistów z dziedziny chorób wieku senioralnego, geriatrów i gerontologów oraz ekspertów i praktyków w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej. Kluczowe wyzwania to:

1. Rozwój i wzmocnienie opieki geriatrycznej.

Konieczne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania oraz równomiernej dostępności opieki geriatrycznej, uczynienie jej jednym z realnych, a nie tylko deklaracyjnych obszarów priorytetowych w polityce zdrowotnej w coraz starszym społeczeństwie. Należy podjąć działania zachęcające do nabywania kompetencji i podstawowej wiedzy w zakresie geriatry dla kadr sektora zdrowotnego jak i dla osób kształcących się na kierunkach medycznych, a także dążyć do zapewnienia miejsc pracy we własnej specjalizacji dla osób, które wybiorą geriatrę jako obszar swojej aktywności w zawodzie. Pilnym i być może pierwszym krokiem powinno być intensywne działanie na rzecz skutecznego wdrożenia zapisów przyjętej już ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej oraz zniesienie barier dla powstawania „Centrów Zdrowia 75+”.

2. Przyjęcie a następnie wdrażanie Planu Alzheimerowskiego.

Konieczne jest wdrożenie i monitorowanie realizacji Planu Alzheimerowskiego. Wdrożenie i monitoring powinny odbywać się w porozumieniu ze środowiskami alzheimerowskimi, ekspertami od tej tematyki, a także wykorzystywać doświadczenia innych krajów – nie tylko europejskich, które w zdecydowanej większości od lat realizują tego typu strategię. Strategia powinna obejmować takie elementy jak wczesna diagnostykę, działania na rzecz opóźnienia powstania choroby i spowolnienia jej postępowania, leczenia i opiekę wobec chorych oraz wzmocnianie jakości ich życia a także kompleksowe wsparcie dla bliskich osób chorujących.

3. Dalsze reformowanie opieki długoterminowej oraz hospicyjnej.

Towarzyszyć temu powinno nie tylko dalsze podnoszenie nakładów, rozważenie zniesienia limitów, a także zmniejszenie nierówności i barier dostępu oraz tworzenie impulsów do dalszego podnoszenia i monitoringu jakości opieki. W przypadku opieki hospicyjnej należy też wzmocniać możliwości rozwoju formuły hospicjum domowego (nie tylko) na terenach wiejskich, a także wspierać – również kanałami publicznymi - różne formy hospicyjnego wolontariatu. W opiece długoterminowej, zasadne byłoby także dokonanie przeglądu realizacji praw pacjentów, jakości opieki, a także tego na ile wyeliminowane zostały opisane w raporcie kontrolnym NIK nieprawidłowości. Należy też wdrożyć przewidziane

w strategii „Zdrowa Przyszłość” Dzielne Domy Opieki Medycznej i uczynić je integralnym elementem medycznej opieki długoterminowej.

4. Wzmocnienie prewencji chorób/niesamodzielności + promocja zdrowego starzenia

Programy sprzyjające wydłużaniu życia w zdrowiu, prewencji określonych chorób lub niesamodzielności powinny być kontynuowane (już nie tylko jako czasowy pilotaż) a także usprawniane i rozszerzane. Skonsolidowane działania w duchu *healthy ageing* powinny być przemyślanym i konsekwentnie realizowanym nurtem w polityce (pro)zdrowotnej państwa i samorządu z włączeniem w to organizacji społecznych i sektora przedsiębiorstw. W kontekście profilaktyki ważne jest podkreślenie, że chodzi zarówno o skuteczne stymulowanie szeroko dostępnej i regularnej diagnostyki zdrowia (jak i określonych jego zagrożeń i schorzeń) jak również o promocję określonych nawyków zdrowotnych, np. w zakresie diety, ograniczenia czynników ryzyka (np. w związku z używkami) czy aktywności fizycznej. Choć polityka ta powinna być adresowana nie tylko do osób, które już są w jesieni życia, ale także do osób młodszych.

Przypisy:

- (1) B. Woytyniak, Stan zdrowia ludności Polski w starszym wieku na podstawie danych statystyki publicznej, w: P. Błądowski et al.(red.), PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, Gdański Uniwersytet Med., Gdańsk 2021.
- (2) Tamże.
- (3) Tamże
- (4) Stowarzyszenie Mali Bracia Ubogich, O badaniu „Samotność wśród osób 80+”, Prezentacja programu PowerPoint (malibracia.org.pl), Warszawa 2023.
- (5) P. Wiśniewski, Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii. Raport z badania, Instytut Polityki Senioralnej Senior Hub, Warszawa 2021.
- (6) Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, Potrzeby i zdrowie seniorów podczas pandemii COVID-19. Badanie zrealizowane na przetomie lat 2020-2021, 2021.
- (7) Barometr WHC. Polacy w Kolejках. Stan na wrzesień 2023, Raport dotyczący zmian dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 01/09/2023.
- (8) OECD, Health at a glance 2023.
- (9) Wydatki Polaków na prywatną opiekę medyczną przekroczyły 50 mld zł. To rekordowo dużo (rynekzdrowia.pl)
- (10) Najwyższa Izba Kontroli, Program bezpłatnych leków dla seniorów „Leki75+”, Warszawa 2019.
- (11) Kupić leki czy jedzenie? Aż 80 proc. seniorów nie stać na leki, ale eksperci mają pomysł - PoradnikZdrowie.pl
- (12) R. Szarfenberg, Powerty watch 2023. Monitoring ubóstwa i polityki społecznej przeciw ubóstwu w Polsce 2022-2023, Polski Komitet Europejskiej Sieci Przeciwdziałania Ubóstwu, Warszawa 2023.
- (13) Bezpłatne leki - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl (www.gov.pl)
- (14) Zobacz, jak wyglądają systemy refundacji leków w krajach europejskich - GazetaPrawna.pl
- (15) OECD, Health at a glance, 2023.
- (16) Najwyższa Izba Kontroli, Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym, Warszawa 2015.
- (17) Najwyższa Izba Kontroli, Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej, Warszawa 2022.
- (18) Tamże.
- (19) Tamże.
- (20) Zestawienie nr 04 (nil.org.pl)
- (21) P. Otto, Seniorzy pod kompleksową opieką, tak, ale nieprędko, Dziennik Gazeta Prawna, 28 grudnia 2023.
- (22) Tamże.
- (23) Profilaktyka 40 Plus - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl (www.gov.pl)
- (24) Recepta na Ruch | Pacjent
- (25) T. Kostka et.al., Aktywność fizyczna, w: P. Błądowski et al.(red.). Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, PolSenior2, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk 2021.
- (26) Tamże.
- (27) Rusza program profilaktyczny Krajowej Izby Fizjoterapeutów i Ministerstwa Zdrowia "Aktywny senior w domu" - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl (www.gov.pl)
- (28) 11 sygnałów, które wskazują na alzheimera | Pacjent
- (29) Najwyższa Izba Kontroli, Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, Warszawa 2017.
- (30) Choroba Alzheimera | Rzecznik Praw Obywatelskich (brpo.gov.pl)
- (31) Polski Plan Alzheimerowski – Alzheimer-Polska.pl

- (32) Więcej o zagranicznych strategiach alzheimerowskich pośród krajów europejskich można przeczytać na stronie Alzheimer Europe, <https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies>
- (33) Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. Zdrowa Przyszłość (...).
- (34) [Choroba Parkinsona | Neurologia - mp.pl](#)
- (35) R. Bakalarczyk, Opieka długoterminowa i hospicyjna. Stare problemy, nowe wyzwania, Caritas Polska, Warszawa 2023.
- (36) Główny Urząd Statystyczny, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022r., Warszawa 2023.
- (37) Najwyższa Izba Kontroli, Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ, Warszawa 2020.
- (38) Najwyższa Izba Kontroli, Zdążyć z pomocą, Warszawa 2022.
- (39) [Od lutego NFZ zapłaci więcej za opiekę długoterminową, paliatywną i w hospicjach \(rynekzdrowia.pl\)](#)
- (40) Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ (...)

O autorze opracowania:

Rafał Bakalarczyk - doktor nauk społecznych o polityce publicznej, badacz polityki społecznej, wykładowca akademicki. Pracuje jako adiunkt w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych oraz na Uniwersytecie Warszawskim. Członek Komisji ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Ekspert ds. polityki społecznej w Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego, członek zespołu ekspertów ds. usług publicznych Forum Idei Fundacji Batorego oraz członek Rady Ekspertów Centrum Analiz Problemów Społecznych przy Caritas Polska. Od lat współpracownik Fundacji Zaczyn i Instytutu Polityki Senioralnej, a w przeszłości także redaktor czasopisma "Polityka senioralna". W swojej działalności naukowej i społecznej zajmuje się przede wszystkim opieką długoterminową, wsparciem osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin. Autor licznych opracowań poświęconych polityce społecznej, zwłaszcza rozwiązaniom na rzecz osób z niepełnosprawnościami, opiekunów i osób starszych.



SENIOR.HUB

INSTYTUT POLITYKI SENIORALNEJ

Senior_Hub. Instytut Polityki Senioralnej powstał w 2020 roku z inicjatywy Fundacji Zaczyn oraz redakcji magazynu eksperckiego „Polityka Senioralna”. Nasza jednostka zajmuje się zagadnieniami związanymi z systemowymi wyzwaniami starzenia się społeczeństwa. Organizujemy badania, wydajemy raporty eksperckie, przedstawiamy ekspertyzy i stanowiska. Instytut współpracuje z ponad 40 badaczami krajowymi i zagranicznymi.

Więcej o nas na: www.seniorhub.pl

KONTAKT WS. RAPORTU:

Przemysław Wiśniewski
534-701-114
kontakt@seniorhub.pl

PATRONAT NAD RAPORTEM:

POLITYKA
SENIORALNA
