

# Starzenie się populacji – co wiemy o problemie i jak możemy się przygotować na sprostanie wyzwaniu demograficznemu?

Konferencja na Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum oraz badania naukowe

Katarzyna Dubas<sup>1</sup>, Ewa Kocot<sup>1</sup>, Maciej Rogala<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

<sup>2</sup> Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

*Adres do korespondencji:* Katarzyna Dubas, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, Katarzyna.Dubas@10g.pl

## Abstract

### *Population aging – how can we prepare to face the demographic challenge*

The population aging process is inherent feature of all contemporary societies. It places enormous pressure on all countries health and social systems. The demographic changes lead to both the organizational as well as financial challenges.

The aim of the article is to present the scope and diversity of the 'population aging' influence on the health care sector – by description of various, related researches, projects and activities conducted within the past several years, in Europe and Poland. The authors provide brief summaries of contemporary researches and analyze the effects of the population aging on the Polish health care system in its: organizational (human resources), financial (costs of treatment, public expenditure) and social (disability, informal care) aspects. The need for comprehensive (combining education, labour, health and social sectors), long-term strategy focused on the population aging challenge is emphasized.

**Key words:** demographic changes, population aging, research

**Słowa kluczowe:** badania naukowe, demografia, starzenie się populacji, system opieki zdrowotnej

## Wprowadzenie

Problematyka starzenia się populacji od wielu już lat znajduje się w centrum zainteresowania badaczy, analityków i polityków. Prowadzone są liczne badania oraz powstają publikacje naukowe prezentujące wyniki analiz odnoszących się do różnych wymiarów procesu starzenia się.

Ogłoszenie roku 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej miało na celu zwrócenie uwagi opinii publicznej na wkład, jaki do społeczeństwa wnoszą osoby starsze<sup>1</sup>.

Była to również okazja, by zachęcić polityków i inne zainteresowane strony do podejmowania konkretnych działań z myślą o tworzeniu warunków sprzyjających aktywności osób starszych i wzmocnieniu solidarności międzypokoleniowej. Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej stanowił także okazję do zaprezentowania podejścia zintegrowanego, dzięki któremu problematyka starzenia może być analizowana i przedstawiona w ramach dialogu między różnymi środowiskami zajmującymi się procesem starzenia się, a tym samym w ramach różnych wymiarów i konsekwencji tego procesu. Dialog ten jest

niezbędny, aby dynamiczny proces starzenia się populacji, jakiego będziemy doświadczać w ciągu najbliższej przyszłości w Polsce, został dostatecznie zinternalizowany w sferze polityki, a podejście do nowej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej było odpowiednio uwzględnione w kolejnych strategiach rozwoju kraju<sup>2</sup>. W ramach licznych aktywności zrealizowanych podczas Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej została zorganizowana m.in. konferencja „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji” (Kraków, 12 grudnia 2012 r.), która stanowiła podsumowanie debaty oraz postulatów związanych ze starzeniem się populacji – zarówno z perspektywy medycznej, jak i społecznej – integrującej w szczególności wyniki badań medycznych, nauk o zdrowiu i zdrowia publicznego, socjologii oraz polityki społecznej<sup>3</sup>.

W ramach niniejszego artykułu przedstawiono podstawowe tezy, wyniki badań i analiz zaprezentowane podczas ww. konferencji, jak również dokonano przeglądu innych opracowań odnoszących się do problematyki procesu starzenia się populacji. Celem opracowania jest analiza wyzwań, jakie proces starzenia się niesie dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

## 1. Badania dotyczące procesu starzenia się

Problematyka starzenia się jest przedmiotem licznych analiz i projektów badawczych na poziomie zarówno lokalnym i krajowym, jak i międzynarodowym. Różne wymiary procesu starzenia się znajdują się w centrum zainteresowania badaczy: od aspektów biologicznych i medycznych, poprzez społeczno-socjalne po ekonomiczno-finansowe.

Zaprezentowane podczas krakowskiej konferencji prace objęły m.in.:

### **Badania na temat ewolucji i starości<sup>4</sup>**

Postęp medycyny przedłużył u człowieka czas przeżycia i odsunął początki starości u osób zdrowych. Jednocześnie ujawnił jednak także skutki powoli rozwijających się chorób neurodegeneracyjnych, takich jak otępienia typu alzheimerowskiego, które bez współczesnej medycyny nie miałyby czasu się ujawnić [1]. Choroba Alzheimerera jest chorobą degeneracyjną mózgu i będąc jedną z najważniejszych przyczyn tzw. złego starzenia się, stanowi wielkie wyzwanie dla współczesnych cywilizacji (szacuje się, iż około połowa ludzi, dożywając wieku 90 lat, jest nią dotknięta) [1]. Obecnie brak jest leków cofających jej skutki, ale dysponujemy możliwościami spowalniania jej przebiegu. Utrzymanie w dobrym stanie zdrowego, starzejącego się mózgu można osiągnąć przez prowadzenie zdrowego stylu życia, obejmującego restrykcje kaloryczne (co aktywuje produkt genu długowieczności – sirtuinę), regularny wysiłek fizyczny (aktywujący neurotrofinę BDNF) oraz wysiłek intelektualny, sprzyjający rozwojowi plastyczności neuronalnej i uwalnianiu acetylocholin mającej również działanie neuroprotek-

cyjne. Dodatkowo, uważa się, iż uprawianie regularnie pół godziny dziennie ćwiczeń fizycznych przez 5 dni w tygodniu zmniejsza ryzyko wystąpienia zawału, wylewu, nadciśnienia, cukrzycy, osteoporozy, upadków i złamań oraz pewnych typów nowotworów. W kontekście wysiłku intelektualnego jako popularne czynności poleca się przykładowo: rozwiązywanie krzyżówek, grę w scrabble, naukę nowych języków, uczestnictwo w uniwersytetach trzeciego wieku czy wreszcie naukę obsługi komputera. Ważnym aspektem dobrego starzenia się jest również utrzymywanie aktywności seksualnej do późnego wieku [1].

### **Projekt PolSenior – Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce (www.polsenior.iimcb.gov.pl)**

PolSenior to szeroko zakrojony program badawczy, którego celem jest dostarczenie danych o stanie zdrowia oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej najstarszej grupy społeczeństwa w Polsce. W badaniach prowadzonych w ramach projektu wzięło udział ponad 6 tys. osób po 65. roku życia. Wyniki wskazały, iż sprawność fizyczna oraz umysłowa obecnych 65-latków jest wielokrotnie lepsza niż 65-latków sprzed 20 lat, a większość z nich wymaga w większym stopniu działań prewencyjnych z zakresu opieki zdrowotnej niż faktycznego leczenia. Aby stan żywotności tego pokolenia utrzymać możliwie długo, powinny zostać jednak wprowadzone regularne badania przesiewowe z zakresu okulistyki, audiologii, kardiologii, stomatologii, pod kątem depresji i otępienia oraz monitorowania zaburzeń chodu i upadków<sup>5</sup>. Kluczowe znaczenie w analizie stanu zdrowia populacji w wieku podeszłym mają kwestie wielochorobowości oraz wielolekowości.

Badania PolSenior ujawniły, iż poważnym problemem osób powyżej 65. roku życia jest wysoki odsetek nierozpoznanych problemów klinicznych, typowych dla wieku podeszłego, takich jak choroby układu krążenia, cukrzyca i choroby tarczycy, anemia czy przewlekła choroba nerek (w przypadku przewlekłej choroby nerek leczonych jest zaledwie 3–4% chorych). Zdaniem ekspertów wciąż niedostatecznie zdiagnozowane są zagrożenia wynikające z tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, czyli depresji, otępienia czy upadków, o których wiadomo, że zwiększają ryzyko niesprawności oraz leczenia instytucjonalnego. Wdowieństwo, samotność, obniżenie pozycji społecznej i materialnej to istotne czynniki ryzyka depresji specyficzne dla wieku podeszłego. W Polsce w populacji powyżej 65. roku życia depresja dotyka niemal 25% osób, a w grupie powyżej 80. roku życia jest to już ponad 33%<sup>6</sup>. Poważnym problemem jest także wielolekowość, która narasta z wiekiem i niesie z sobą ryzyko wystąpienia niekorzystnych interakcji, które mogą znacząco pogarszać sprawność oraz stan zdrowia osób starszych. Kluczowe znaczenie ma tu poprawa komunikacji pomiędzy różnymi poziomami opieki oraz stałe monitorowanie zakresu przyjmowania leków i stosowania się do zaleceń.

### **Projekt 'COURAGE in Europe' – Collaborative Research on Ageing in Europe ([www.courageproject.eu](http://www.courageproject.eu))**

'COURAGE in Europe' to trzyletni projekt badawczy realizowany przez 12 instytucji partnerskich z 4 krajów europejskich – Polski, Hiszpanii, Włoch i Finlandii. Jego celem było opracowanie oraz ewaluacja narzędzia oceny roli środowiska architektonicznego oraz sieci społecznych jako determinantów stanu zdrowia oraz poziomu niesprawności starzejącej się populacji w Europie. Projekt pozwolił na szczegółową analizę populacji osób starzejących się w zakresie zdrowia w krajach, z których pochodzili partnerzy projektu. Projekt 'COURAGE in Europe' nie był kolejnym z wielu projektów na temat starzenia się. Jego wartością dodaną było to, iż umożliwił on rozwinięcie oryginalnych narzędzi pomiaru ułatwiających zdobycie wiedzy na temat determinantów zdrowia i niesprawności w starzejących się społeczeństwach. Stworzone na potrzeby tego projektu wystandaryzowane i poddane ewaluacji narzędzia będą mogły być wykorzystywane w badaniach nad starzeniem się na obszarze Starego Kontynentu. Narzędzie to było testowane w trzech krajach: Hiszpanii, Włoszech i Polsce. W każdym z tych państw badanie przeprowadzono na grupie około 3 tys. osób w wieku ponad 50 lat i 1000 osób w wieku pomiędzy 18. a 49. rokiem życia. Badaniami terenowymi w Polsce objęto łącznie 4071 respondentów, w tym 1051 osób w wieku 18–49 lat i 3020 osób powyżej 50. roku życia. Głównym wnioskiem, jaki wysnuto z badań, jest to, iż na jakość życia osób starszych znaczący wpływ mają więzi i sieci społeczne rozumiane jako pajęczyna interakcji społecznych. Sieć relacji społecznych, w jakich znajdują się osoby starsze, dotyczy wielu dziedzin życia i obejmuje przede wszystkim rodzinę, ale również grupy sąsiadów, przyjaciół, wspólnoty religijne i organizacje formalne. Wspólne badania nad starzeniem się w Europie miały na celu poznanie procesów starzenia się i ich determinantów w zakresie zdrowia i jakości życia. Założeniem badań jest analiza wyników pozwalających na określenie i wdrożenie programów interwencyjnych z dziedziny polityki zdrowotnej na rzecz starzejącej się populacji. Założeniem badania było uchwycenie różnic regionalnych w zakresie czynników determinujących zdrowie i przeprowadzenie analizy porównawczej<sup>7,8,9</sup>.

### **Projekt międzynarodowy AHEAD – Ageing, Health Status and Determinants of Health Expenditure ([www.enepri.org/Ahead](http://www.enepri.org/Ahead))**

AHEAD (*Ageing, Health Status and Determinants of Health Expenditure*) to trzyletni projekt zrealizowany w ramach 6. Programu Ramowego UE (2004–2007), dotyczący problematyki ewolucji wydatków zdrowotnych w rozszerzającej się Unii Europejskiej. Ogólnym celem projektu było zbadanie kluczowych determinantów wpływających na wydatki zdrowotne, w szczególności czynników związanych ze zjawiskiem starzenia się populacji – zwiększająca się liczba osób w starszym wieku wywiera bowiem, i będzie w coraz większym stopniu wywierać, silną presję na zwiększanie wydatków zdrowotnych. Analizie została poddana m.in. zależność pomiędzy stanem zdrowia

a korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych. Szczególną uwagę zwrócono na wysokie koszty opieki zdrowotnej w okresie bliskim śmierci. Badania prowadzone w ramach projektu nie ograniczały się jednak do analizy wpływu zmian popytu na wydatki – wzięto pod uwagę również czynniki związane ze stroną podaźową. W ramach części projektu realizowanej przez stronę polską przygotowana została projekcja przychodów i wydatków zdrowotnych do roku 2050, na podstawie metodologii modelu budżetu socjalnego skonstruowanego przez ekspertów Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO). Zbadany został szczegółowo wpływ zmian demograficznych oraz zmian zachodzących na rynku pracy i ogólnie w gospodarce na sytuację finansową sektora zdrowotnego w Polsce. Wyniki projekcji sporządzonej dla Polski zostały poddane szczegółowej analizie porównawczej z wynikami uzyskanymi w wybranych krajach Europy Środkowej i Wschodniej (Bułgaria, Estonia, Węgry, Słowacja).

### **Projekt międzynarodowy ANCIEN – Assessing Needs of care in European Nations – study long-term care for older persons in Europe ([www.ancien-longtermcare.eu](http://www.ancien-longtermcare.eu))**

Projekt ANCIEN to czteroletni projekt badawczy realizowany przez 20 europejskich instytucji i zapoczątkowany w 2009 roku. Jego celem jest ocena zapotrzebowania na opiekę długoterminową w Europie wraz z oceną funkcjonowania systemów tej opieki w wybranych krajach. Wyniki przeprowadzonych badań wskazały występowanie znacznych różnic w organizacji oraz zasadach funkcjonowania systemów opieki długoterminowej w poszczególnych krajach europejskich, zwłaszcza w kontekście rozkładu obciążeń pomiędzy sektorem opieki formalnej (instytucje państwowe) oraz nieformalnej (rodzina). Znaczne różnice występują również w poziomie jakości świadczonej opieki. Niezależnie jednak od uwarunkowań specyficznych dla danego kraju możliwe jest w miarę dokładne oszacowanie skali niesprawności oraz potrzeb populacji osób w wieku podeszłym, które wystąpią w przyszłości. Stąd konieczne jest odpowiednie planowanie i organizacja systemów opieki długoterminowej, które muszą uwzględniać: współpracę oraz wzajemne uzupełnianie się sektora opieki formalnej i nieformalnej, wykorzystanie nowoczesnych technologii, które z jednej strony mogą zapewnić większą autonomię osób starszych, a z drugiej poprawić wydajność pracy opiekunów osób starszych, nacisk na procedury zapewnienia jakości opieki, w tym inwestycje w edukację oraz badania.

Wśród przykładów innych, krajowych badań/analiz dotyczących procesu starzenia się wymienić można m.in.:

### **Rzecznik Praw Obywatelskich, Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, Warszawa 2012**

Obserwowane zmiany demograficzne skutkujące znaczącym wzrostem odsetka ludzi starych w populacji ogółem prowadzi w krajach, w których takie zjawiska

zachodzą, do wzrostu zainteresowania polityką społeczną wobec ludzi starych. Celem polityki wobec starości jest pomoc ludziom w podeszłym wieku w sytuacjach i kryzysach typowych dla tej fazy życia. Strategię działania w starzejącym się społeczeństwie cechuje dbałość o kształtowanie pozytywnego wizerunku społecznego tej grupy w całej populacji oraz zapewnienie starym ludziom równoprawnej pozycji w stosunku do ludzi w innym wieku. Polityka społeczna wobec ludzi starych jest nacechowana orientacją z jednej strony na potrzeby, a z drugiej na interesy tej grupy osób. Tego rodzaju strategia to proces długofalowy. Jej celem jest również uświadomienie młodszemu pokoleniu, jaka jest specyfika fazy życia osób starszych i przygotowanie ich na zetknięcie się ze starością w przyszłości. Strategie działań w starzejących się społeczeństwach w gremiach międzynarodowych są podejmowane już od wielu lat. Badania i analizy prowadzone na temat sytuacji ludzi starszych w Polsce wskazują na brak polityki senioralnej. Niewykorzystywany jest kapitał społeczny, jakim dysponują osoby starsze, jak również brakuje instytucji odpowiedzialnych za podejmowanie działań aktywizujących seniorów w społeczeństwie. Brak polityki wobec seniorów i instrumentów zaangażowania społecznego skutkuje niskim zaangażowaniem ludzi starszych w działalność organizacji pozarządowych, co skutkuje niskim włączaniem się np. w wolontariat. Dochody ludzi starszych, kłopoty zdrowotne, postęp techniczny, dostęp do społeczeństwa informacyjnego, edukacji, kultury i rekreacji, są czynnikami, które powodują w tej grupie wykluczenie społeczne. W tej sytuacji zaangażowanie społeczne stanowi antidotum i umożliwia włączenie społeczne, a z kolei aktywizacja ma pozytywny wpływ na samo zdrowie. Stworzenie warunków i umożliwienie seniorom czynnego udziału w życiu społecznym i kulturalnym da im z jednej strony poczucie lepszej jakości życia, a z drugiej przyczyni się do budowania zintegrowanych społeczności lokalnych, do których rozwoju mogą, wspólnie z przedstawicielami pokoleń, przyczynić się również seniorzy. W 2012 roku Dyktoriaat Generalny Komisji Europejskiej do spraw Zdrowia i Bezpieczeństwa Konsumentów opracował strategię europejskiego partnerstwa w zakresie innowacji na rzecz starzejącego się społeczeństwa, której celem jest promowanie pozytywnego wizerunku „starzenia się w zdrowiu”, zmiana modelu świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz aktywne włączanie ludzi starszych do społeczeństwa. Celem nadrzędnym tej strategii jest wydłużenie życia w zdrowiu w UE o około 2 lata do 2020 roku. Osiągnięcie tych celów ma umożliwić implementację instrumentów prawnych, edukacyjnych i z zakresu zarządzania służących do budowy systemu ochrony zdrowia przyjaznego seniorom [2–5].

### ***Instytut Spraw Publicznych, To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski, Warszawa 2008***

Opracowanie pod redakcją Piotra Szukalskiego przedstawia wyniki badań na temat przygotowania się osób zaliczanych do tzw. powojennego wyżu demogra-

ficznego (tj. urodzonych w latach 1940–1960) do własnej starości. Analizie poddano zachowanie tej podzbiorowości w kontekście: wyboru momentu przejścia na emeryturę, dbałości o zdrowie, umiejętności podtrzymywania nieformalnych więzi oraz skłonności do oszczędzania – a więc czynników, które w ciągu najbliższych trzech dekad będą silnie oddziaływać na stabilność ekonomiczną i społeczną naszego kraju. Szczególny nacisk położono na ocenę zachowań osób na tzw. przedpolu starości w odniesieniu do gotowości wydłużenia okresu aktywności zawodowej oraz prowadzenia oddziałującego pozytywnie na stan zdrowia stylu życia. Przeprowadzone badania wskazały na niski poziom odpowiedzialności osób znajdujących się na przedpolu starości za swoją przyszłość, będący wynikiem: nikłej orientacji na przyszłość, bierności utożsamianej ze starością oraz oczekiwania co do zapewnienia środków na godne życie przez państwo. Wśród sformułowanych rekomendacji znalazły się więc m.in. zalecenia dotyczące propagowania idei zwiększonej odpowiedzialności za siebie, odnoszącej się nie tylko do charakteru materialnego, lecz także zachowań zdrowotnych oraz budowy więzi społecznych [6].

### ***Małopolskie Studia Regionalne, Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa, Kraków 2012***

Projekt obejmujący przygotowanie strategii *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa* był realizowany na podstawie Uchwały Zarządu Województwa Małopolskiego, powołującej zespół zadaniowy ds. starzenia się społeczeństwa. Celem prac było zaproponowanie strategii rozwoju województwa małopolskiego ukierunkowanej na potrzeby starzejącej się populacji („srebrna gospodarka”), ale jednocześnie przyjaznej dla młodszych mieszkańców województwa. Województwo małopolskie, region relatywnie młody na tle innych regionów europejskich, został uznany za posiadający odpowiedni potencjał do przyjęcia „srebrnej gospodarki” jako kierunku rozwoju. Sprzyjają temu zarówno posiadane zasoby ludzkie, rozwinięta infrastruktura społeczna, jak i charakter lokalnej gospodarki, w znacznej mierze ukierunkowanej na rozwój usług. Badania obejmowały z jednej strony rozpoznanie procesu starzenia się w regionie oraz potrzeb starzejącej się populacji, z drugiej – możliwości zaspokojenia tych potrzeb w kontekście istniejących zasobów. Przeanalizowano zachodzące przemiany demograficzne, potrzeby zdrowotne i opiekuńcze starszych osób, potrzeby w zakresie leczenia uzdrowiskowego, rekreacji i turystyki zdrowotnej. Zająto się również problematyką mieszkaniową, przestrzenną i transportową ukierunkowaną na starszą populację. Ocenione zostały, w kontekście potrzeb starzejącego się społeczeństwa, zasoby i potencjał województwa w wielu różnych dziedzinach: zdrowia, opieki, edukacji, kultury, turystyki, warunków mieszkaniowych, transportu, gospodarki. Za największe bogactwo Małopolski uznano zasoby ludzkie, tak pod względem demograficznym, jak i edukacyjnym, a także walory z zakresu kultury, turystyki i zasobów naturalnych. W przygotowanej strategii zostały przedstawione rekomendacje wskazujące, jakie

kierunki działań i w jakich dziedzinach są potrzebne do wdrożenia koncepcji „srebrnej gospodarki”, która wobec potencjału regionu może stanowić nie tylko konieczność związaną ze starzeniem się populacji, ale także szansę na ukierunkowany rozwój regionu, przynoszący korzyści nie tylko osobom starszym.

### **Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) – badanie Aktywność życiowa osób niepełnosprawnych (AŻON), Warszawa 2011**

Badanie *Aktywność życiowa osób niepełnosprawnych (AŻON)* zostało przeprowadzone w ramach projektu finansowanego ze środków PFRON pt. „Orzekanie o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Aspekt społeczny – medyczny, instytucjonalny i finansowy. Analiza systemów krajowych i zagranicznych. Pogłębiona ocena funkcjonowania i propozycje zmian” realizowanego w latach 2010–2011.

Wyniki badania podkreślają wagę niepełnosprawności jako nieodłącznego elementu procesu starzenia. W populacji osób starszych występuje wysoki wskaźnik tzw. niesprawności funkcjonalnej, co w praktyce przekłada się na niską jakość życia osób starszych.

Prognozy demograficzne, ukazujące wzrastający udział populacji osób starszych, prognozują także w konsekwencji wyższe obciążenie w przyszłości chorobami przewlekłymi oraz niepełnosprawnością. Występowanie chorób przewlekłych wymaga wsparcia socjalnego osób chorujących. Okresy występowania choroby ograniczają zdolność do pracy, a długie leczenie pochłania coraz więcej środków, szczególnie na leki, które przyjmuje się niekiedy do końca życia. Jako że chorobom przewlekłym towarzyszy niepełnosprawność, która jest często ich konsekwencją w starszym wieku, pojawiają się wraz ze wzrostem ich występowania także dodatkowe potrzeby w sferze opieki długoterminowej, obejmującej zarówno usługi medyczne, jak i usługi społeczne. Autorzy badania podkreślają, iż rodzinny model opieki nad osobami starszymi, który w Polsce ciągle dominuje, wyczerpuje swe możliwości. Potrzebne są także rozwiązania instytucjonalne z profesjonalnie przygotowaną i opłacaną kadrą [7].

## **2. Wyzwania dla polskiego systemu ochrony zdrowia**

Realizowany pod nadzorem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013<sup>10</sup> promuje działania kompleksowe oraz obejmujące różne zakresy i kierunki wsparcia, mające na celu poprawę jakości i poziomu życia osób starszych. Program wyodrębnia priorytety obejmujące sferę edukacji osób starszych, integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej, partycypacji obywatelskiej osób starszych oraz szeroko rozumianych usług społecznych. Podkreślana w programie potrzeba rozwoju koncepcji racjonalnej, długofalowej strategii polityki wobec problemu starzenia się populacji musi obejmować również zagadnienia opieki zdrowotnej.

Poniżej przedstawiono wyzwania, jakie proces starzenia się populacji niesie dla polskiego systemu ochrony

zdrowia w podziale na te o charakterze organizacyjnym oraz finansowym. Ich charakterystyka została poprzedzona prezentacją najważniejszych danych demograficznych obrazujących postęp procesu starzenia się polskiego społeczeństwa.

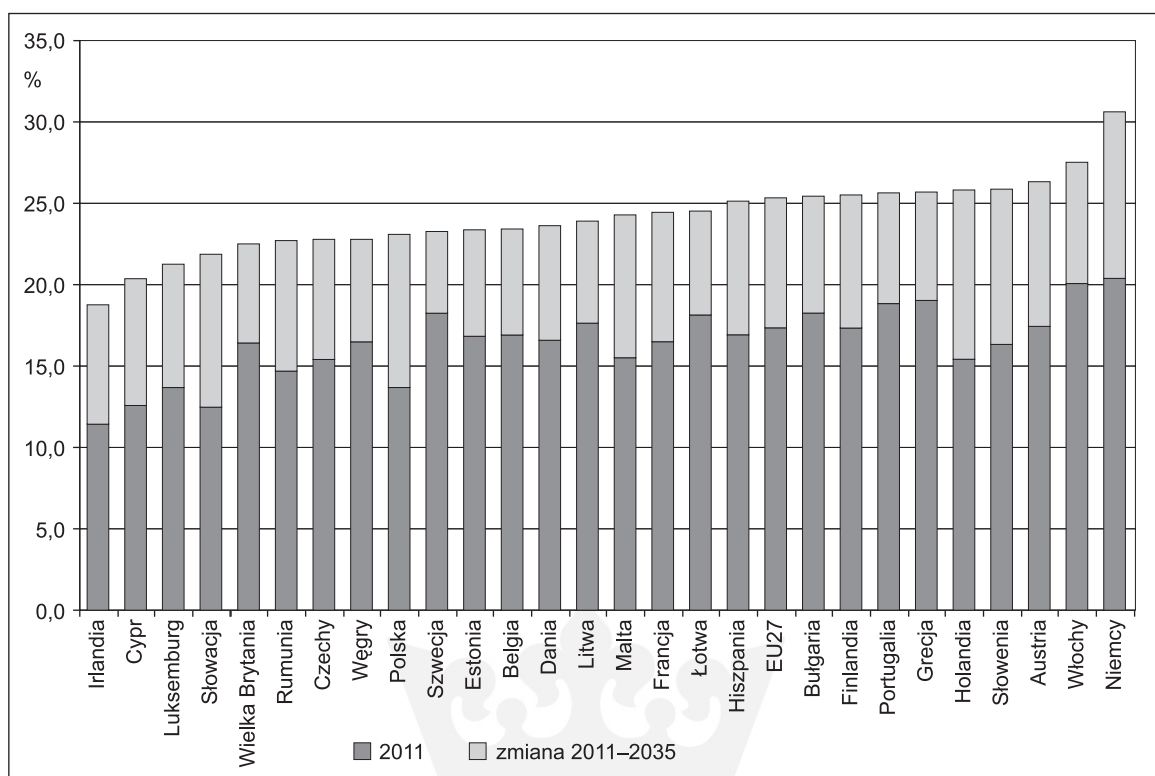
### **Przemiany demograficzne w Polsce**

Polska obecnie należy do najmłodszych krajów Unii Europejskiej – jedynie Irlandia, Słowacja i Cypr mają niższy udział osób w wieku 65+ w populacji (**Wykres 1**). Jednak w ciągu najbliższych lat dynamiczny proces starzenia się populacji polskiej spowoduje, że przyrost odsetka osób 65+ w naszym kraju będzie jednym z najwyższych. Nadal jednak pozostaniemy w grupie dziesięciu najmłodszych krajów unii – nie oznacza to jednak, że sytuacja demograficzna w Polsce będzie korzystna.

Populacja polska nie tylko się starzeje, ale również zmniejsza się jej liczebność. Zgodnie z prognozą GUS w roku 2025 będzie nas już tylko niecałe 37,5 mln, a w 2035 nieco poniżej 36 mln (GUS 2008). Udział osób najmłodszych (0–14 lat) w populacji będzie się wahać do 2025 roku w niewielkim stopniu, później jednak spadek będzie już wyraźny. Największe zmiany będą dotyczyć grupy najstarszej, w wieku 65 lat i więcej. Obecnie w Polsce ta grupa wiekowa stanowi nieco poniżej 14%, udział ten jednak rośnie przez cały okres prognozy, osiągając w 2035 roku aż 23,2% (**Wykres 2**) – odpowiada to wzrostowi liczby osób starszych o ponad 3 mln w ciągu 24 lat, czyli wzrost ponad 50-procentowy. Zmniejsza się natomiast populacja w wieku aktywności zawodowej (15–64). W kategoriach udziału procentowego jest to spadek z około 71% do około 64%, co oznacza zmniejszenie tej grupy o ponad 4 mln osób.

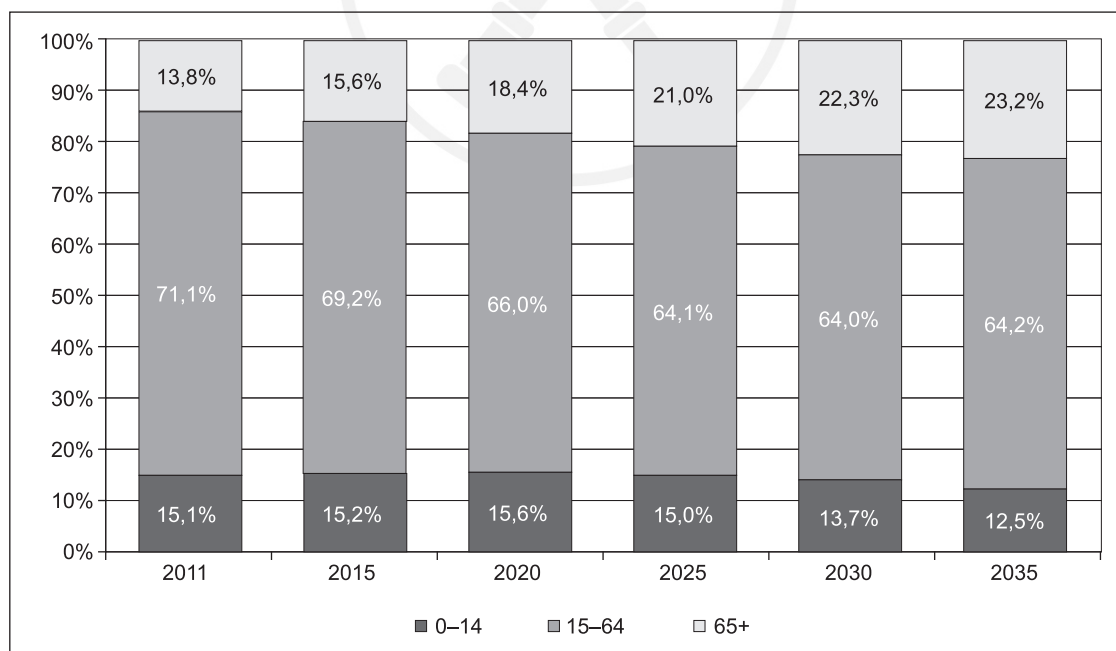
Warto pamiętać, szczególnie w kontekście ochrony zdrowia, że grupa osób starszych nie jest grupą jednorodną, a zmiany wewnątrz tej grupy będą zachodziły w sposób zróżnicowany. Weźmy pod uwagę populację w wieku 60+. Osoby w grupie wiekowej 60–69 to ludzie niejednokrotnie nadal aktywni zawodowo, nawet po osiągnięciu wieku emerytalnego. Pozostają też często w stosunkowo dobrym stanie zdrowia. Tę grupę będzie charakteryzował dynamiczny wzrost liczebności do roku 2020, następnie 10 lat to spadek do poziomu zbliżonego do roku wyjściowego. Potem jednak znowu zaobserwujemy zwiększenie tej populacji (**Wykres 3**).

W okresie spadku liczebności osób w wieku 60–69 (lata 2020–2030) możemy przewidywać największy wzrost następnej grupy wiekowej, 70–79 lat. Wynika to oczywiście z przesunięcia „wyżowej” kohorty z grupy 60–69 do grupy starszej. To grupa osób o nieco innym charakterze – rzadko kontynuują działalność zawodową, ale niejednokrotnie pozostają w stanie zdrowia umożliwiającym inne rodzaje aktywności – rodzinnej, kulturalnej, społecznej. Niemniej jednak ich potrzeby zdrowotne są już stopniowo coraz większe, co przekłada się na większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne. Po roku 2025 rozpoczyna się wzrost liczebności populacji, która do tego czasu pozostanie na niemal stabilnym po-



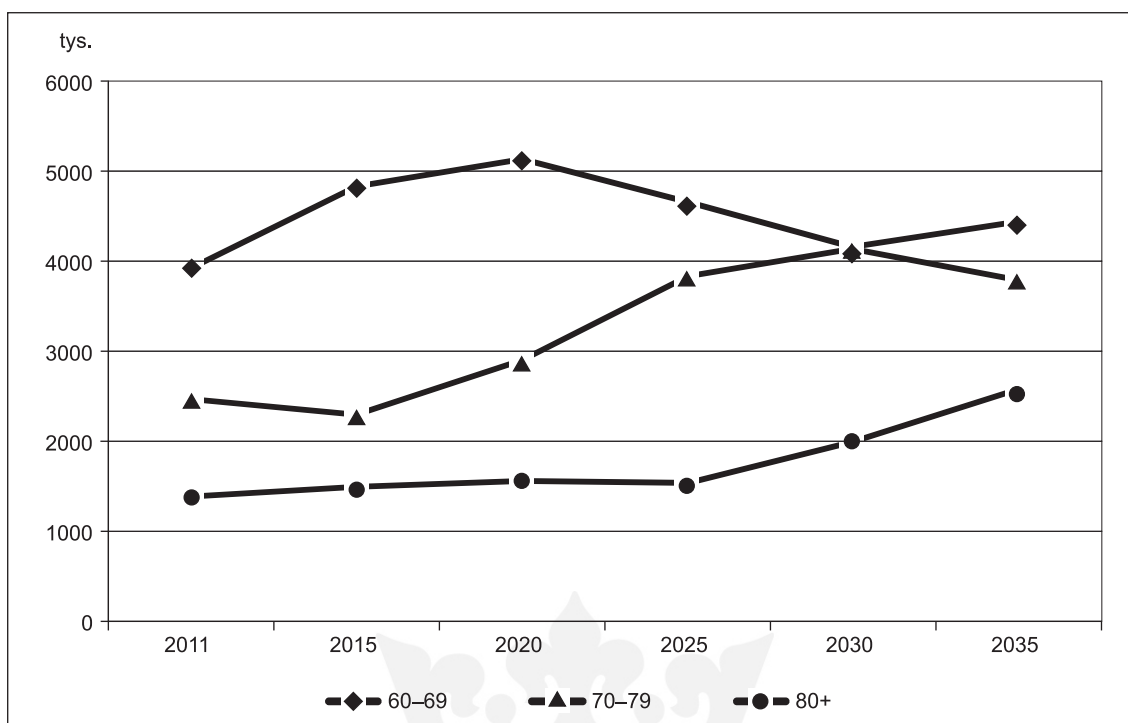
Wykres 1. Udział osób w wieku 65+ w populacjach krajów Unii Europejskiej.

Źródło: Na podstawie bazy Eurostat.



Wykres 2. Struktura wiekowa populacji Polski w latach 2011–2035.

Źródło: Na podstawie bazy Demografia GUS (dane dla roku 2011) oraz prognozy GUS na lata 2008–2035 (lata 2011–2035).



**Wykres 3.** Zmiany wielkości populacji osób starszych w poszczególnych grupach wiekowych.

Źródło: Na podstawie bazy Demografia GUS (dane dla roku 2011) oraz prognozy GUS na lata 2008–2035 (lata 2011–2035).

ziomie – osób w wieku 80 lat i więcej. Oznacza to gwałtowny wzrost popytu na działania lecznicze, pielęgnacyjne i opiekuńcze.

### Wyzwania dla systemu ochrony zdrowia o charakterze organizacyjnym

Wśród wyzwań o charakterze organizacyjnym, jakie proces starzenia się populacji niesie dla systemu ochrony zdrowia, należy wymienić przede wszystkim problematykę zabezpieczenia kadr medycznych, rozwoju kompleksowego modelu opieki nad osobami w wieku podeszłym oraz potrzebę integracji sektora zdrowotnego i socjalnego.

Działanie sektora ochrony zdrowia jest oparte na zasobach ludzkich – starzejące się populacje stanowią więc duże wyzwanie dla **kadr w ochronie zdrowia**. Starzenie się społeczeństwa będzie powodować wzmożone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a co z tym związane również większe zapotrzebowanie na personel medyczny. Rosnąca liczba osób w starszym wieku, z uwagi na szczególne potrzeby zdrowotne, może powodować też konieczność zmian modelu opieki zdrowotnej, wzrost popytu na szczególne grupy specjalistów, jak choćby geriatrów czy personel wyspecjalizowany w opiece długoterminowej.

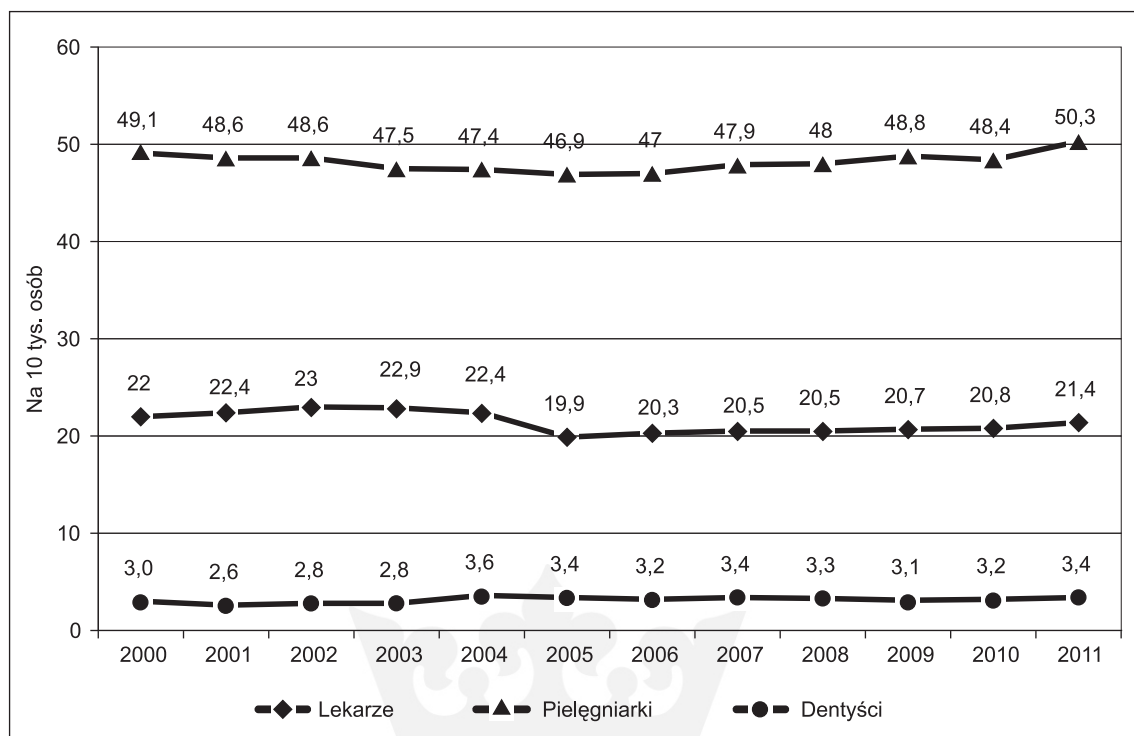
W porównaniu z rokiem 2000 liczba pracującego w Polsce personelu medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców nie zmieniła się znacząco (**Wykres 4**).

Od roku 2004, kiedy to Polska wstąpiła do Unii Europejskiej, rozpoczęła się emigracja polskich kadr medycznych do krajów „starej” unii, co widać szczególnie we wskaźniku dotyczącym liczby pracujących lekarzy (gwałtowny spadek w 2005 roku) – do dnia dzisiejszego nie został osiągnięty poziom sprzed roku 2005.

Polska należy do krajów o najniższych wskaźnikach pracującego personelu medycznego w Europie – średnia unijna zatrudnionych lekarzy na 10 tys. osób wynosiła w 2010 roku ponad 30, a pielęgniarek ponad 80 [8].

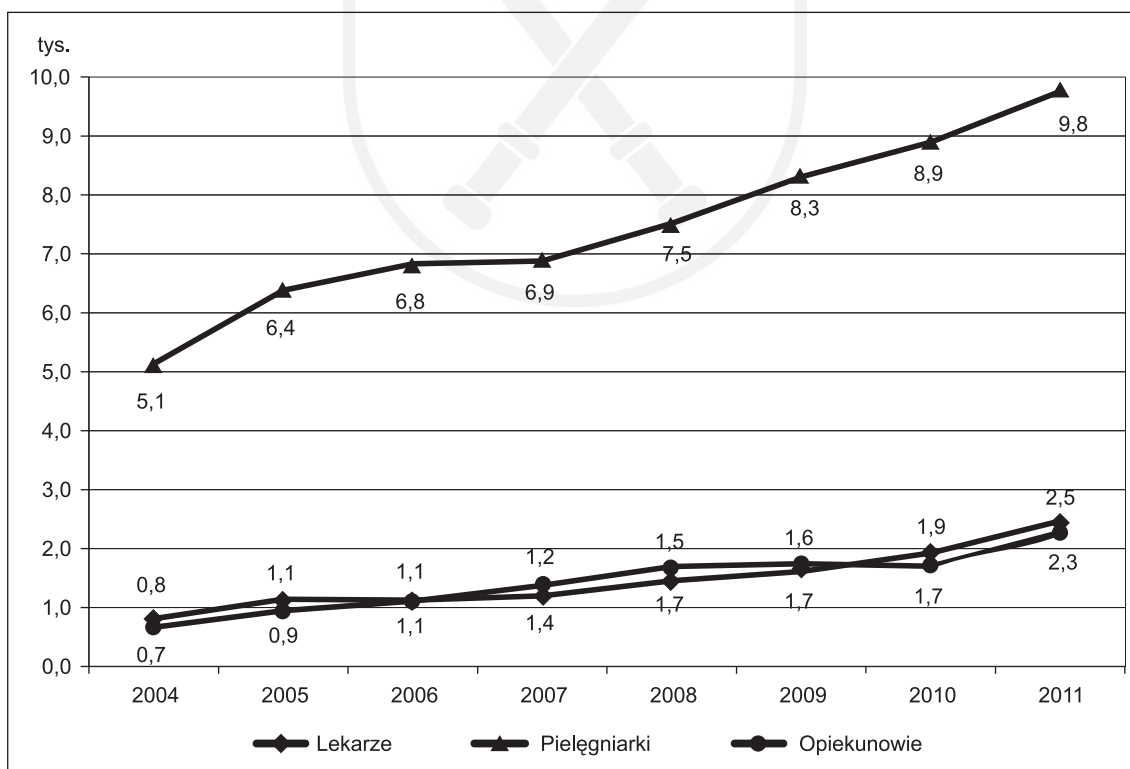
Rosnąca długość życia, a tym samym większa liczba osób z ograniczoną samodzielnością i niesamodzielnych będzie powodować upowszechnienie rozwiązań instytucjonalnych w ramach opieki długoterminowej [9]. Wzrost zapotrzebowania na ten rodzaj opieki jest przewidywany również z uwagi na mniejsze możliwości zapewnienia osobom starszym i przewlekle chorym opieki nieformalnej, sprawowanej przez rodzinę i bliskich. **Wykres 5** pokazuje zmiany, jakie zaszły w latach 2004–2011 w zatrudnieniu lekarzy, pielęgniarek i opiekunów w zakładach opieki długoterminowej w trybie stacjonarym. W ciągu 7 lat zatrudnienie pielęgniarek wzrosło niemal dwukrotnie. Liczba pracujących lekarzy była przez te wszystkie lata niemal równa liczbie zatrudnionych opiekunów, wykazując również tendencję rosnącą w całym okresie – wzrost ten był ponadtrzykrotny. Te tendencje najpewniej będą się utrzymywać w następnych latach.

Szczególne miejsce w opiece zdrowotnej dla osób starszych powinny zajmować świadczenia lekarzy geriatrów. Leczenie geriatryczne jest jednak w Polsce bardzo



Wykres 4. Personel medyczny pracujący w Polsce w przeliczeniu na 10 tys. osób.

Źródło: CSIOZ, Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia z lat 2001–2012.



Wykres 5. Pracujący w zakładach długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej.

Źródło: CSIOZ 2005–2012.



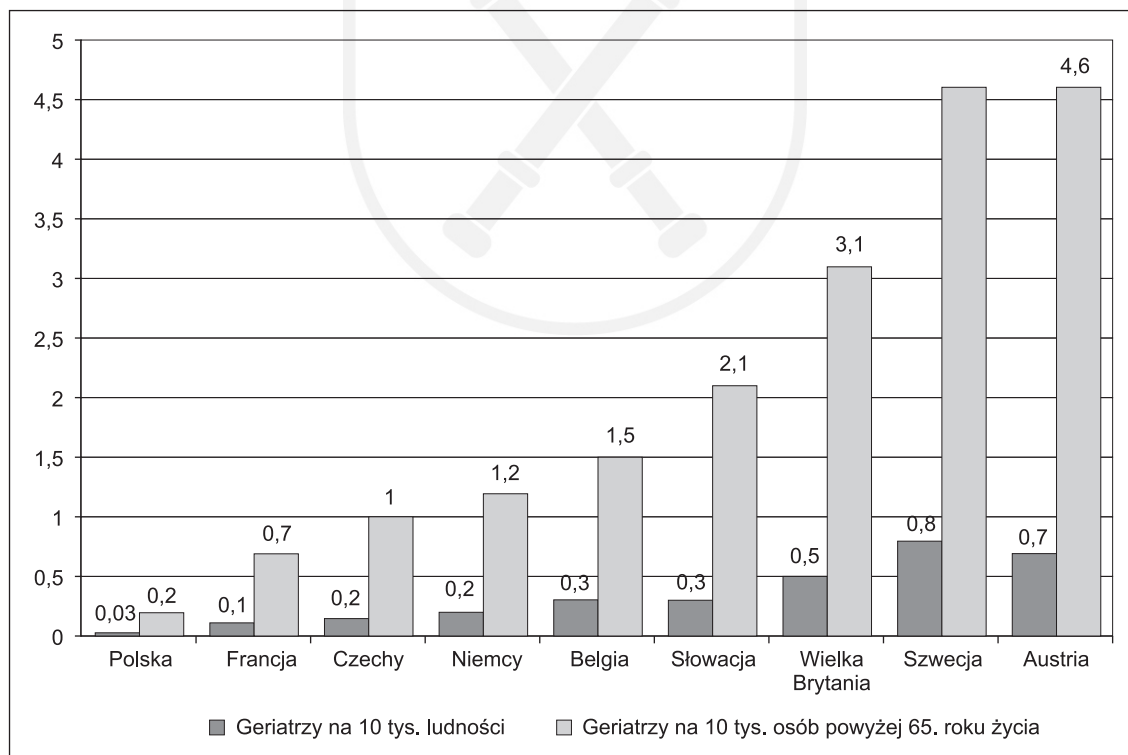
słabo rozwinięte, a dostęp do lekarza tej specjalności mocno ograniczony. W 2007 roku w Polsce, według danych Ministerstwa Zdrowia, było 174 lekarzy ze specjalizacją z geriatry, z tego czynnych zawodowo 120. Jednak liczbę geriatrów pracujących zgodnie ze specjalizacją oceniono jedynie na 70 [10]. Zgodnie z Centralnym Rejestrem Lekarzy RP w 2012 roku liczba geriatrów wynosiła 286, z tego 275 osób wykonywało zawód lekarza. Nie wiadomo jednak, ilu z nich pracowało w tym roku faktycznie zgodnie z tą specjalizacją. Liczba geriatrów w Polsce przedstawia się bardzo niekorzystnie na tle innych krajów europejskich. Na **Wykresie 6** zaprezentowano dane dotyczące liczby geriatrów w przeliczeniu na 10 tys. osób ogólnie i w wieku powyżej 65 lat w Polsce i wybranych krajach – wskaźniki te w Polsce są nawet dwudziestokrotnie niższe [11].

W **Tabeli I** przedstawiono strukturę rozmieszczenia lekarzy geriatrów w Polsce według województw oraz liczbę nowych miejsc specjalizacyjnych w kwalifikacji z pierwszej połowy 2013 roku.

Jak widać, w trzech województwach – śląskim, małopolskim i mazowieckim – pracuje ponad połowa wszystkich geriatrów. Są to co prawda województwa o dużej liczbie mieszkańców, ale nie uzasadnia to jednak aż takiej ich przewagi (mieszka tam 34% populacji Polski, o zbliżonej do innych województw strukturze wiekowej). Jak spojrzymy na proponowane miejsca w specjalizacji

geriatria, nic nie wskazuje na to, aby sytuacja kadrowa w tym zakresie miała ulec w najbliższym czasie zdecydowanej poprawie – oferowane jest zaledwie 27 miejsc w całej Polsce i to jedynie w siedmiu województwach (prezentacja A. Klich-Rączka i M. Dubiel).

Proces starzenia dotyczy nie tylko pacjentów, lecz również siły roboczej w ochronie zdrowia – podczas gdy w 2006 roku w Polsce lekarze uprawieni do wykonywania zawodu w wieku 55–64 lata stanowili 17,4%, w 2011 roku było to już ponad 23% (w odniesieniu do lekarzy do 64. roku życia) [12]. Zgodnie z prognozami do roku 2020 liczba lekarzy odchodzących na emeryturę w całej Unii Europejskiej wyniesie ponad 60 tys. rocznie, co będzie stanowiło 3,2% ogółu lekarzy w krajach unijnych. Proces ten dotyczy także innych rodzajów personelu – dane pochodzące z badania w kilku krajach unii pokazują, że średni wiek zatrudnionych obecnie pielęgniarek to 41–45 lat (European Commission 2012). Jednocześnie występują coraz większe problemy z zastąpieniem kadr odchodzących na emeryturę, które będą potęgowane przez niekorzystne zmiany demograficzne, powodujące m.in. coraz mniejszą liczbę osób wchodzących na rynek pracy (zmniejszająca się populacja dzieci i młodzieży). Z prognozy Komisji Europejskiej wynika, że do 2020 roku braki personelu w ochronie zdrowia sięgną miliona, a uwzględniając sektor opieki długoterminowej i zawody pomocnicze, nawet 2 milionów osób [13].



**Wykres 6.** Liczba geriatrów w Polsce i wybranych krajach europejskich – wskaźniki na 10 tys. osób.

Źródło: Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygiel J., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008; 16, 3: 149–159.

Województwo	Lekarze geriatrzy (2012 r.) (Polska = 100%)	Liczba miejsc specjalizacyjnych (2013 r.)
Śląskie	20,4%	5
Małopolskie	19,9%	2
Mazowieckie	18,1%	0
Pomorskie	6,2%	0
Podlaskie	5,8%	3
Lubelskie	4,9%	7
Wielkopolskie	4,9%	4
Dolnośląskie	4,0%	5
Kujawsko-pomorskie	4,0%	1
Podkarpackie	4,0%	0
Łódzkie	2,2%	0
Świętokrzyskie	2,2%	0
Lubuskie	1,8%	0
Opolskie	0,9%	0
Warmińsko-mazurskie	0,4%	0
Zachodniopomorskie	0,4%	0

**Tabela I.** Pozarezydenckie miejsca w specjalizacji geriatry (kwalifikacja 1–31 marca 2013) oraz udział lekarzy geriatrów według województw.

Źródło: Na podstawie danych poszczególnych Urzędów Wojewódzkich oraz danych CMKP (za: prezentacja A. Klich-Rączka i M. Dubiel).

Coraz większy odsetek osób starszych w ogólnej populacji mieszkańców Polski, idące w ślad za tym zmiany w epidemiologii chorób, strukturze umieralności oraz wzroście liczby osób niesamodzielnych powodują konieczność rozwijania **modelu opieki długoterminowej integrującego sektor zdrowotny i socjalny**. Świadczenia na rzecz osób w wieku podeszłym są udzielane w ramach trzech sektorów: ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz opieki nieformalnej sprawowanej przez rodziny i/lub zleconej instytucjom prywatnym [14] (**Tabela II**).

W ramach ochrony zdrowia świadczenia na rzecz osób w wieku podeszłym udzielane są przede wszystkim przez lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarki środowiskowe na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), na oddziałach szpitalnych (geriatrycznych, dla przewlekle chorych) oraz w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO).

Geriatryka jako dziedzina medycyny, której zadaniem są wielopłaszczyznowe działania o charakterze zdrowotnym i opiekuńczym, skoncentrowana jest na zapewnieniu optymalnej jakości życia w podeszłym wieku. Specyfika opieki geriatrycznej polega na zindywidualizowanym podejściu diagnostycznym i terapeutycznym zgodnie z potrzebami zdrowotnymi oraz nastawieniu na opiekę długoterminową. W Polsce brakuje jednak standardów opieki geriatrycznej oraz odpowiednich instrumentów finansowania ze strony państwa uwzględniających kompleksowe ujęcie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjenta wynikających z procesu starzenia się, biorących pod uwagę zarówno profilaktykę i rehabilitację,

jak i opiekę geriatryczną, w tym opiekę długoterminową i paliatywną. Zbyt mała liczba lekarzy geriatrów oraz oddziałów geriatrycznych powoduje, że pacjenci są leczeni na oddziałach internistycznych, nie mając dostępu do całościowej oceny geriatrycznej. Osoby starsze są leczone oddzielnie na poszczególne schorzenia – brak jest holistycznego, zindywidualizowanego podejścia do chorego, co często powoduje wielolekowość i częstsze rehospitalizacje. Kluczowe znaczenie ma nie tylko integracja i koordynacja opieki sprawowanej na różnych poziomach systemu ochrony zdrowia, ale również współpraca z dwoma pozostałymi sektorami opieki długoterminowej. Niezbędne jest wprowadzenie dostosowanego do potrzeb osób w wieku podeszłym **kompleksowego modelu opieki**. Model taki powinien zapewniać monitorowanie sytuacji zdrowotnej seniorów, podejmowanie wobec nich odpowiednich inicjatyw i programów zdrowotnych, integrację POZ, opieki specjalistycznej, rehabilitacji, opieki psychologicznej oraz socjalnej, jak również aktywną współpracę środowiska lokalnego. Przykładem takiego rodzaju opieki mogą być tzw. centra zdrowia seniora, które zapewniają zdywersyfikowane pakiety usług medycznych obejmujące POZ, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), pielęgniarstwo, rehabilitację, psychologię, terapię zajęciową i żywienie. Centra zdrowia seniora obejmują również swym działaniem obszar doradztwa zdrowotnego, promocję i edukację zdrowotną, opiekę wyjazdową i domową. Ich działalność opiera się na ścisłej współpracy z sektorem opieki społecznej oraz kluczowej roli opiekunów i asystentów seniora.

Sektor/ Rodzaj świadczeń	Ochrona zdrowia	Pomoc społeczna	Opieka nieformalna/ sektor prywatny
Świadczenia środowiskowe/ ambulatoryjne/ półotwarte	Świadczenia lekarza rodzinnego Świadczenia pielęgniarki środowiskowej	Świadczenia opiekuńcze Specjalistyczne świadczenia opiekuńcze Zasiłki pieniężne Domy dziennego pobytu Ośrodki wsparcia	Opieka sprawowana przez rodzinę, przyjaciół Opieka płatna ze środków osoby niesamodzielnej/rodziny
Świadczenia zakładowe/institutionalne	Szpitalne (oddziały geriatryczne) Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) Hospicja	Domy pomocy społecznej (DPS)	Prywatne domy opieki

**Tabela II.** Podmioty opieki długoterminowej w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Błędowski P., *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, w: Augustyn M. (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2009.

Do głównych korzyści wynikających z funkcjonowania centrów zdrowia seniora należy zaliczyć przede wszystkim wzmocnienie potencjału zdrowotnego i społecznego seniorów. Funkcjonowanie takich centrów niesie z sobą również poprawę dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zapobieganie nadmiernym hospitalizacjom osób starszych oraz w rezultacie koordynację opieki medycznej nad seniorami. Zasięg działalności tego typu centrów może być na poziomie subregionalnym, powiatowym i gminnym. Otwartą kwestią pozostaje ich sposób finansowania. Dyskusji na temat źródeł finansowania powinna towarzyszyć debata nad najbardziej efektywnym wyborem pomiędzy NFZ, samorządem, prywatnymi ubezpieczycielami czy pacjentami<sup>11</sup>.

### **Wyzwania dla systemu ochrony zdrowia o charakterze finansowym**

Wyzwania o charakterze finansowym odnoszą się przede wszystkim do rosnących **kosztów opieki zdrowotnej** nad osobami w wieku podeszłym oraz problematyki wdrożenia odpowiednich mechanizmów finansowania tej opieki.

Osoby starsze są jedną z najistotniejszych grup odbiorców świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie widoczne w przypadku lecznictwa szpitalnego, które *nota bene* stanowi najbardziej kosztowny sektor opieki zdrowotnej (w latach 2008–2010 wydatki na leczenie szpitalne stanowiło około 48% wydatków ogółem Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne) [15]. Zgodnie z raportem *Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65. roku życia* osoby powyżej 65. roku życia stanowiły w 2009 roku 13,20% całej populacji Polski, w tym wśród osób leczonych w ramach lecznictwa szpitalnego stanowiły średnio 26,30%. NFZ na sfinansowanie hospitalizacji w 2009 roku przeznaczył 24 mld zł, w tym na hospitalizacje dla osób powyżej 65. roku życia wydano ponad 8 mld zł, co stanowiło 33,6% wydatków na hospitalizacje ogółem. Na każde 100 ubez-

pieczonych osób 22 osoby były hospitalizowane, przy czym w grupie ubezpieczonych powyżej 65. roku życia było to średnio 47 osób. Średnio w 2009 roku wydatki poniesione na leczenie jednego ubezpieczonego w rodzaju leczenia szpitalne wyniosły 643 zł (4688 zł na jednego leczonego), natomiast na jednego ubezpieczonego w grupie wiekowej powyżej 65. roku życia było to już 1638 zł (5987 zł na jednego leczonego). Przeprowadzone analizy wskazują, iż okres zapotrzebowania na wiele usług medycznych właściwych dla wieku starości wydłuża się i przesuwa w kierunku osób coraz starszych. 50% świadczeń realizowanych dla osób starszych w ramach lecznictwa szpitalnego jest związanych z chorobami wewnętrznymi, chirurgią ogólną oraz kardiologią [16].

Również badania międzynarodowe potwierdzają występowanie zwiększonego korzystania z opieki zdrowotnej (a tym samym wzrostu kosztów) w odniesieniu do populacji osób starszych. Przykładowo w Wielkiej Brytanii osoby powyżej 65. roku życia odbywają rocznie średnio 7 wizyt u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, podczas gdy w przypadku osób w wieku 16–44 lat są to średnio 4 wizyty. Populacja powyżej 65. roku życia (stanowiąca około 16% populacji ogółem) odpowiada tu także za  $\frac{2}{3}$  wykorzystania łóżek szpitalnych [17]. Badania wskazują również, że największy wzrost nakładów następuje w ostatnim roku życia, a bliskość śmierci (*proximity to death*) jest dobrym estymatorem wydatków sektora ochrony zdrowia związanych z procesem starzenia się [18, 19].

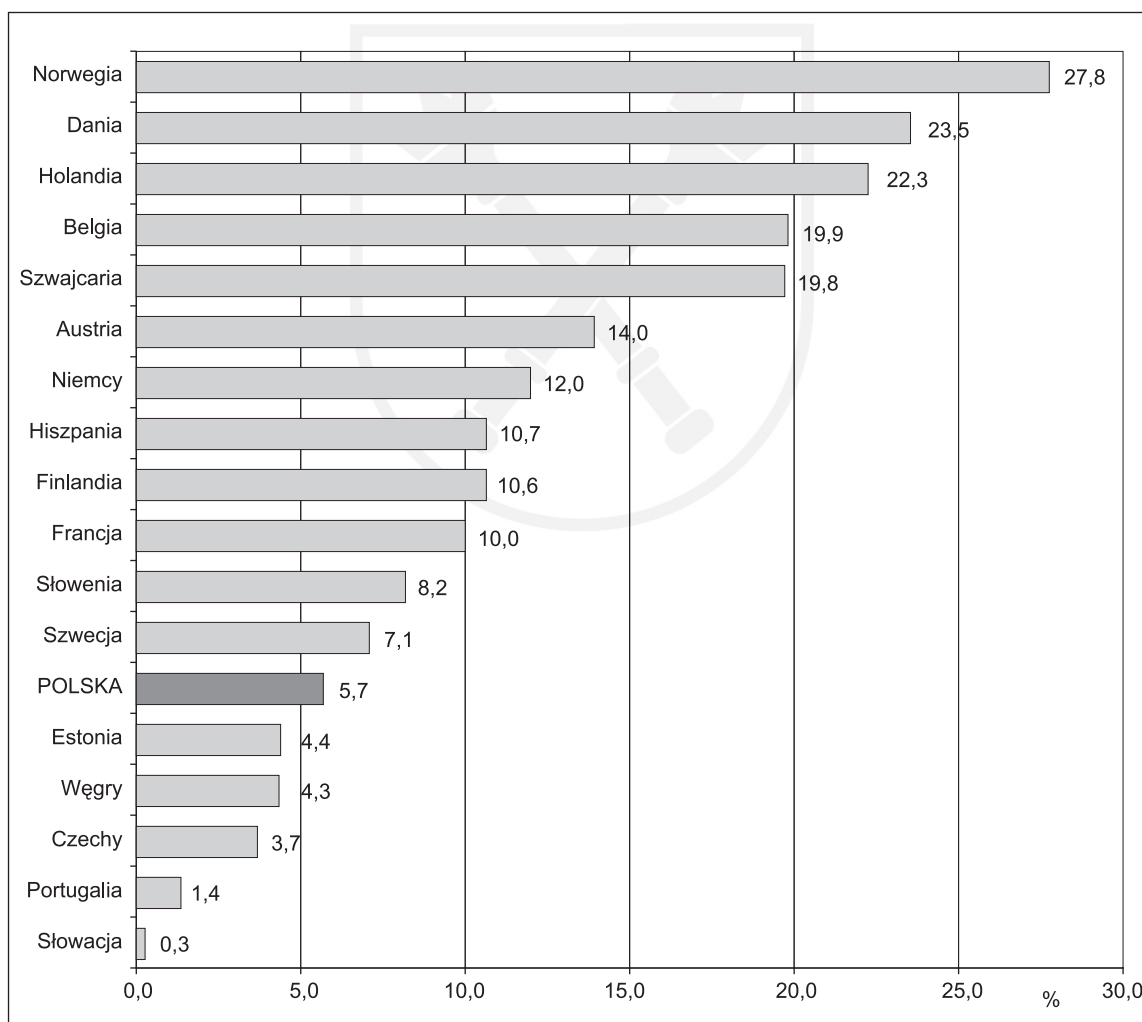
Wzrost kosztów opieki nad osobami w wieku podeszłym pociąga za sobą zarówno potrzebę zabezpieczenia odpowiednich zasobów, jak i wdrożenia **efektywnych metod finansowania świadczeń**. Świadczenia na rzecz osób w wieku podeszłym udzielane są na różnych poziomach systemu: od podstawowej opieki zdrowotnej poczynając, poprzez specjalistykę ambulatoryjną i lecznictwo szpitalne, po opiekę długoterminową oraz środowiskową. Zdaniem niektórych ekspertów niska i niedostateczna liczba łóżek geriatrycznych w polskich szpitalach wynika m.in. z nieadekwatnego mechanizmu finansowania [20]. Wprowadzenie w ostatnim czasie do katalogu świadczeń rozli-

czanych przez NFZ „całościowej oceny geriatrycznej” jest krokiem w dobrym kierunku, jednak zbyt niska wycena świadczenia może w dalszym ciągu hamować rozwój usług geriatrycznych. Podobnie, jako „niedoszacowane” uważa się stawki przeznaczane na refundację kosztów pobytu pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych [21]. Zapewnienie właściwych bodźców finansowych (poprzez wprowadzenie poziomu opłat odpowiadających rzeczywistym kosztom świadczenia usług) ma kluczowe znaczenie.

Liczne badania dowodzą, iż tylko inwestycje w rozwój opieki geriatrycznej stanowią drogę do ekonomizacji wydatków na ochronę zdrowia osób w wieku podeszłym [22]. Udowodniono m.in., że standardy geriatryczne nie tylko redukują koszty opieki, ale również wydłużają przeżycie, zwiększają sprawność funkcjonalną, odraczają fazę niepełnosprawności oraz poprawiają jakość życia [22]. Z metaanalizy Wielanda<sup>12</sup> wynika, iż wprowadzanie geriatrii do medycyny daje długotrwały rezultat inwestycyjny w zdrowie populacji osób starszych, szczególnie dzięki zespołowemu podejściu geriatrycznemu, prewencyjnemu wynikowi wizyt domowych i konsultacyjnemu serwisowaniu opieki długoterminowej. O korzystnych ekonomicznie skutkach stosowania standardów geria-

trycznych w porównaniu z internistycznymi świadcza również analizy przeprowadzone w Polsce. J. Derejczyk i wsp. dokonali analizy porównawczej wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne, generowane w okresie roku przez dwie kohorty pacjentów w wieku powyżej 65. roku życia: wypisanych z oddziałów geriatrycznych (pierwsza grupa) oraz internistycznych (druga grupa). Średni koszt NFZ generowany przez jedną osobę za wszystkie otrzymane przez nią świadczenia w okresie roku (nie wliczając refundacji leków ani środków pomocniczych) wynosił 6035 zł. Należy jednak zaznaczyć, że ekspacjent oddziału geriatrycznego kosztował system o 1747 zł mniej, aniżeli ekspacjent oddziału internistycznego. Dowodzi to nie tylko wyższej efektywności klinicznej standardu całościowej oceny geriatrycznej, ale i jego korzyści ekonomicznych [11].

Są to istotne dane zarówno z punktu widzenia demografii i starzejącego się społeczeństwa, jak i organizacji polityki zdrowotnej. Wzrost udziału osób starszych w populacji pociągnie za sobą zwiększone korzystanie ze świadczeń oraz obciążenia kosztowe. Potrzeba podniesienia nakładów na opiekę długoterminową jest widoczna również przy porównaniu wydatków na ten segment opieki w Polsce i innych krajach europejskich (**Wykres 7**).



**Wykres 7.** Wydatki na opiekę długoterminową jako % wydatków na ochronę zdrowia (2010).

Źródło: WHO, European Health for All Database (dostęp: marzec 2013).

W 2010 roku wydatki na opiekę długoterminową stanowiły w Polsce 5,7% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia w porównaniu z przykładowo 10% we Francji, 12% w Niemczech czy 23,5% w Danii. Zgodnie z planem finansowym NFZ na rok 2013 na same tylko świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej przeznaczono kwotę 1088 mln zł, co stanowi 1,7% wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne ogółem [23]. Dodatkowo należy pamiętać, iż oprócz ponoszenia wydatków bieżących niezbędne jest inwestowanie w infrastrukturę systemu opieki długoterminowej (inwestycje w ZOL, ZOP, DPS).

Ogromne znaczenie ma nie tylko wartość środków przeznaczanych na opiekę długoterminową, ale również koordynacja gospodarki finansowej w poszczególnych jej elementach. Odpowiednie finansowanie usług o charakterze opiekuńczym i socjalnym jest niezbędne do wyeliminowania zjawiska kierowania osób w wieku podeszłym do sektora medycznego ze względów socjalnych (np. przedłużanie pobytu pacjenta w szpitalu ze względu na brak miejsc w placówce opiekuńczej lub brak możliwości zapewnienia mu odpowiedniej opieki w warunkach domowych).

## Podsumowanie

Polska, tak jak i większość krajów świata, stoi w obliczu niekorzystnych zmian demograficznych. W wyniku zwiększającej się długości życia oraz niskich wskaźników dzietności populacja Polski gwałtownie się starzeje. Te zjawiska wywierają wpływ na wszystkie dziedziny gospodarki, w tym również na sektor ochrony zdrowia. Prowadzone są liczne badania na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym oraz powstają raporty i opracowania dotyczące różnych wymiarów procesu starzenia. Ich cechą wspólną jest każdorazowe podkreślanie potrzeby kompleksowego ujęcia problemu starzenia się populacji. Wyzwania, z jakimi będzie się musiał zmierzyć sektor zdrowotny, są wypadkową stopnia rozwoju usług o charakterze socjalnym i opiekuńczym oraz poziomu świadomości społeczeństwa (edukacja, poczucie solidaryzmu społecznego, poziom odpowiedzialności za własne zdrowie, zabezpieczenie okresu starości).

W odniesieniu do sektora ochrony zdrowia kluczowe znaczenie ma zabezpieczenie odpowiednich zasobów: ludzkich (kształcenie geriatrów), infrastrukturalnych (oddziały opieki geriatrycznej, ZOL, ZOP) oraz finansowych (wysokość nakładów oraz mechanizmy finansowania świadczeń). Opieka zdrowotna udzielana na różnych poziomach systemu powinna podlegać mechanizmowi efektywnej koordynacji w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości opieki. Niezbędna jest tu również ścisła współpraca z sektorem socjalnym: monitorowanie oraz dostosowywanie do potrzeb osób w wieku podeszłym usług o charakterze medycznym, rehabilitacyjnym i opiekuńczym. Ujęcie kompleksowe wymaga jasnego wyznaczenia zakresu oraz źródeł finansowania zadań realizowanych przez poszczególne podmioty odpowiedzialne za realizację polityki zdrowotnej i społecznej

(rząd, samorządy lokalne, NFZ, świadczeniodawców, organizacje non-profit).

## Przypisy

<sup>1</sup> Informacje o Europejskim Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej na stronie Komisji Europejskiej [www.europe.eu](http://www.europe.eu).

<sup>2</sup> Ulotka promująca konferencję – „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji”, Kraków, 12 grudnia 2012 r.

<sup>3</sup> Konferencja została zorganizowana wspólnie przez Wydział Lekarski oraz Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum wraz z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej z udziałem Ministerstwa Zdrowia. Program naukowy obejmował cztery sesje tematyczne: Nauki medyczne a proces starzenia się; Jakość życia starzejących się populacji; Polityka społeczna i zdrowotna wobec starzenia się; Sesja podsumowująca – postulaty dotyczące przygotowania długookresowej strategii ochrony zdrowia, uwzględniającej konsekwencje dynamicznego starzenia się populacji. W konferencji wzięło udział ponad 100 osób – przedstawiciele administracji rządowej i samorządowej, pracowników jednostek opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, jak również przedstawiciele jednostek uniwersyteckich, badaczy i naukowców.

<sup>4</sup> Profesor Jerzy Vetulani (Instytut Farmakoekonomiki Państwowej Akademii Nauk) zaprezentował wyniki badań na temat wpływu rozwoju cywilizacyjnego na definiowanie oraz możliwości ingerencji w proces starzenia się populacji.

<sup>5</sup> Wypowiedź prof. Tomasza Grodzickiego, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry w: Lisowska K., *Starzejemy się, dlatego państwo powinno być lepiej przygotowane do pomocy seniorom*, „Rynek Zdrowia” 13.04.2012, [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl) (dostęp: 27.02.2013 r.).

<sup>6</sup> Wypowiedź dr Małgorzaty Mossakowskiej, koordynatora projektu PolSenior w: Lisowska K., *Lepiej być zdrowym niż chorym, ale demografię nie zmienimy. Opieka geriatryczna wymaga korekt*, „Rynek Zdrowia” 14.11.2012, [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl) (dostęp: 27.02.2013 r.).

<sup>7</sup> Courage in Europe Project – *Collaborative Research on Ageing in Europe*. <http://www.courageproject.eu/> (dostęp: 3.03.2013 r.).

<sup>8</sup> Na podstawie prezentacji prof. Matilde Leonardi *Courage in Europe – Collaborative Research On Ageing in Europe: Health, ageing and policy development*, wygłoszonej w trakcie konferencji „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji” (Kraków, 12.12.2012 r.).

<sup>9</sup> Na podstawie prezentacji prof. Beaty Tobiasz-Adamczyk i Katarzyny Zawiszy *Wieloośrodkowe badanie nad procesem starzenia się w Europie. Jakość życia starszej populacji w Polsce*, wygłoszonej w trakcie konferencji „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji” (Kraków, 12.12.2012 r.).

<sup>10</sup> Przyjęty Uchwałą Rady Ministrów nr 147 z dnia 24.08.2012 r.

<sup>11</sup> Na podstawie prezentacji prof. Stanisławy Golinowskiej i Marcina Mikosa *Centra Zdrowia Seniora – modelowe rozwiązanie dla zdrowia seniorów*, wygłoszonej w trakcie konferencji „Wyzwania dla polityki społecznej i zdrowotnej wobec starzenia się populacji” (Kraków, 12.12.2012 r.).

<sup>12</sup> D. Wieland, *The effectiveness and costs of comprehensive geriatric evaluation and management*. „Critical Reviews in Oncology/Hematology” 2003; 48: 227–237, za: T. Grodzicki, *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, PROJEKT przygotowany przez Zespół ds. Geriatrii, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 roku.

## Piśmiennictwo:

1. Vetulani J., *Starość okiem przyrodnika*, „Psychogeriatrya Polska” 2007; 3 (3): 109–138.
2. Szatur-Jaworska B., *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach*, w: Rzecznik Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa, październik 2010: 9–16.
3. Kalita D., Rawska K., Staniszevska G., *Uczestnictwo osób starszych w życiu społecznym*, w: Rzecznik Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa, październik 2010: 17–26.
4. Raclaw M., Rosochacka-Gmitrzak M., Beata Tokarz-Kamińska B., *Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych*, w: Rzecznik Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa, październik 2010: 27–36.
5. Derejczyk J., Bień B., Szczerbińska K., Grodzicki T. (konsultacja merytoryczna), *Ochrona zdrowia osób starszych*, w: Rzecznik Praw Obywatelskich, *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Warszawa, październik 2010: 44–54.
6. Instytut Spraw Publicznych, *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*, Warszawa 2008.
7. Golinowska S., Sowa A., *Zdrowie i sprawność. Przemiany w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2012; 2: 6–13.
8. WHO, *European Health for All Database*, <http://data.euro.who.int/hfad/> (dostęp: marzec 2013).
9. Golinowska S., *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, „Polityka Społeczna” 2008; 7: 1–5.
10. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego, Departament Polityki Regionalnej, *Wyzwania Małopolski w kontekście starzenia się społeczeństwa* (red. S. Golinowska), „Małopolskie Studia Regionalne” 2010; 2–3: 19–20.
11. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” 2008; 16, 3: 149–159.
12. CSIOZ 2001–2012, *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia*.
13. European Commission, *Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce*, Strasbourg 2012.
14. Błędowski P., *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, w: Augustyn M. (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2009.
15. NFZ, *European Observatory on Health Systems and Policies, Polska: zarys systemu ochrony zdrowia*, Warszawa 2012.
16. NFZ, *Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65. roku życia w 2009 r.*, Centrala NFZ, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa, listopad 2010, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) (dostęp: 15.03.2013).
17. Kielstra P., *Healthcare strategies for an aging society*, Economist Intelligence Unit. 2009.
18. Hogan C., Lunney J., Gabel J., Lynn J., *Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life*, „Health Aff.” 2001; 20 (4): 188–195.
19. Yang Z., Norton E.C., Stearns S.C., *Longevity and health care expenditures: The Real reason older people spend more*, „J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.” 2003; 58 (1): 2–10.
20. Bień B., *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski*, w: Hryniewicz J. (red.), *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
21. Augustyn M. (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2009: 155.
22. Grodzicki T., *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, PROJEKT przygotowany przez Zespół ds. Geriatrii, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r.
23. NFZ, *Plan finansowy NFZ na 2013 r. stanowiący załącznik do zarządzenia nr 64/2012/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok*, [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) (dostęp: 15.03.2013).
24. Eurostat, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database) (dostęp: luty 2013).
25. GUS, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_8708\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm) (dostęp: luty 2013).
26. GUS, *Baza danych Demografia*, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/> (dostęp: luty 2013).