

# **Identyfikacja celów w zakresie polityki społeczno – zdrowotnej, z pozycji gerontologa**

**Dr n. med. Jarosław Derejczyk**  
**Katowice 05.09.2018 r.**

# Obszary określające funkcjonowanie osoby starszej



# Choroby XXI wieku

11 084 - 100 latków 8902 kobiet i 2102 mężczyzn (okres 1990 – 2013)  
J of AGS. 2015. 63; 1331-1337.

Table 2. Geriatric Syndromes at Age 100 According to Sex

Syndrome	Women	Men
	n (%)	
Depression	500 (6)	68 (3)
Dementia	1,044 (12)	125 (6)
Cognitive impairment or memory	433 (5)	82 (4)
Falls	2,666 (30)	403 (19)
Fractures	3,146 (35)	299 (14)
Mobility or gait	933 (10)	177 (8)
Incontinence	969 (11)	150 (7)
Hearing impairment	2,708 (30)	531 (25)
Visual impairment	1,470 (16)	260 (12)
Confusion or delirium	1,103 (12)	169 (8)
Pressure sores	346 (4)	66 (3)
Debility or weakness	574 (6)	90 (4)

**Dzieci  
0-14**

**Dorośli  
≥65+**

**Rok**

**1000**

**400**

**2000**

**1000**

**1019**

**2014**

**1000**

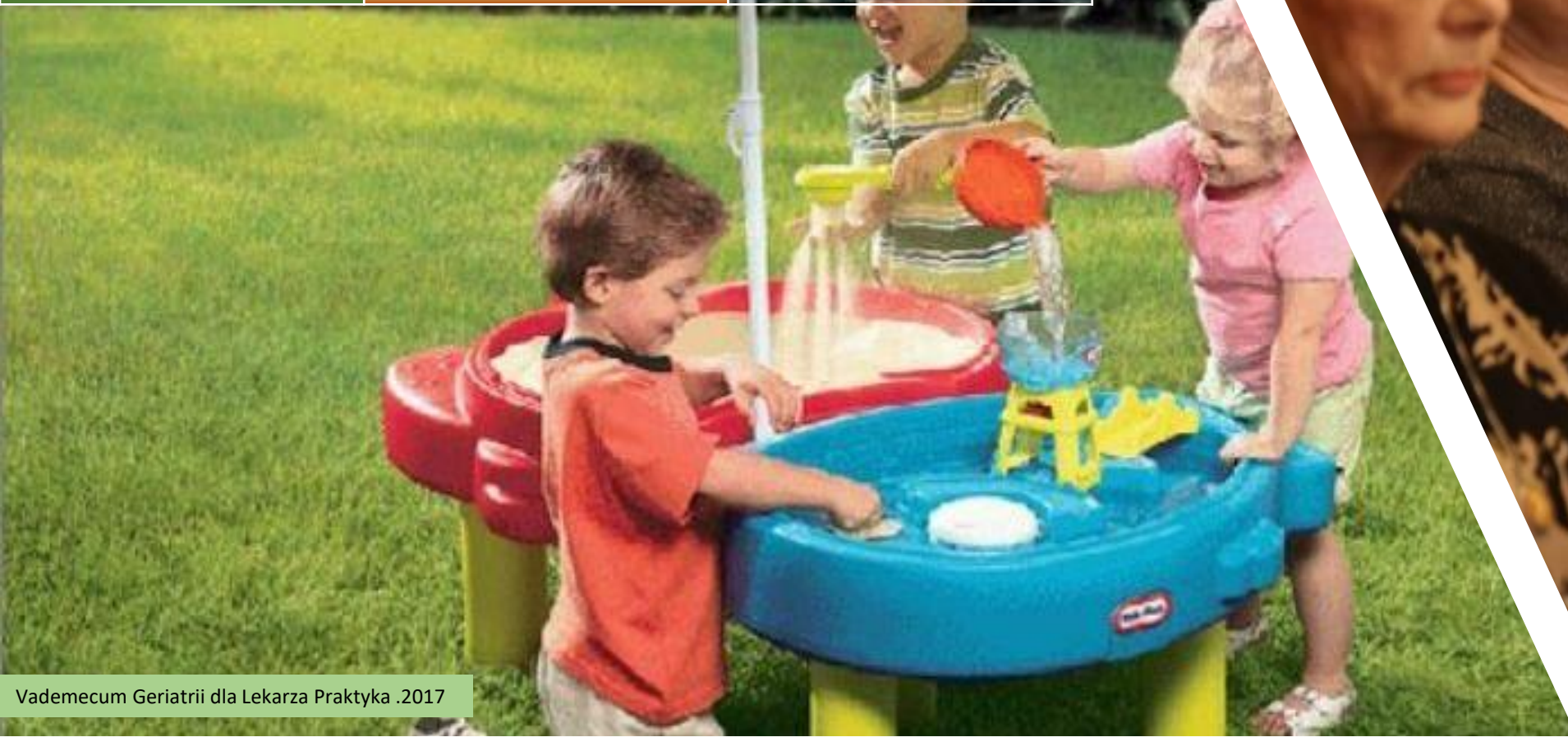
**1271**

**2020**

**1000**

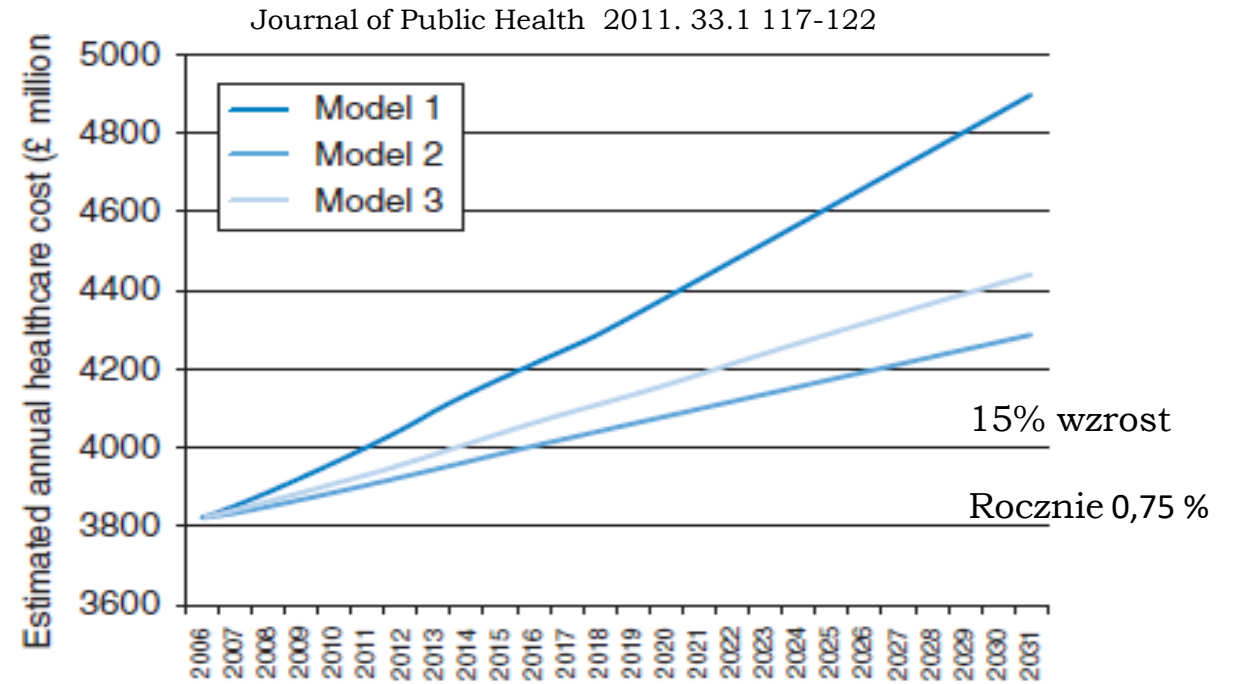
**1966**

**2035**





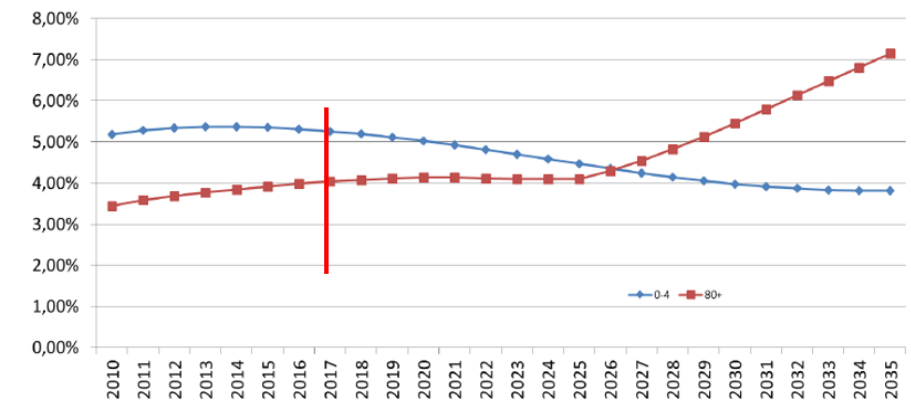
# DANE WYJŚCIOWE



## JAK PLANOWAĆ OPIEKĘ I USŁUGI - UWZGLĘDNIAJĄC OBECNE TRENDY I PRZYSZŁE RYZYKA

Szweda - Zalewska Z. Senior Samodzielny czy zależny? 2013;  
Prognoza ludności Polski do 2035 roku. GUS.

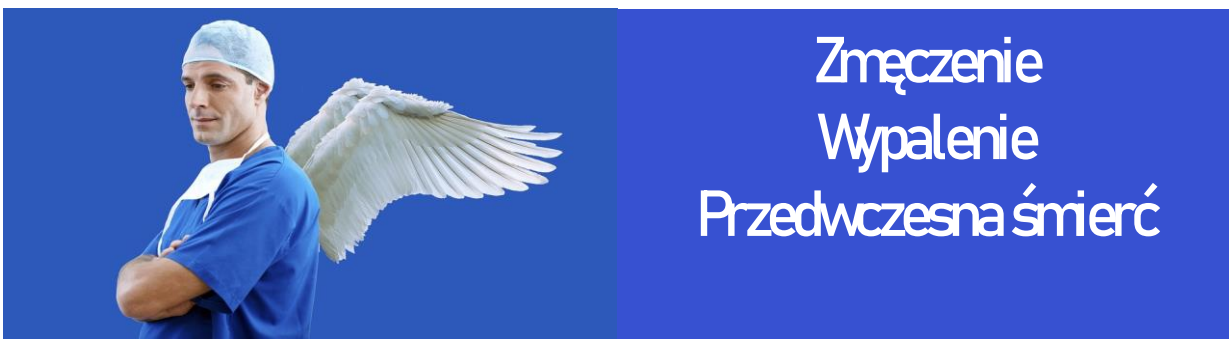
Odsetek osób w wieku 0-4 i 80 lat i więcej w populacji Polski w latach 2010-2035



Źródło: Obliczenia własne na podstawie Prognozy ludności Polski do 2035 roku, GUS  
[http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_prognoza\\_ludnosci\\_ogolem.xls](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_prognoza_ludnosci_ogolem.xls) dane dostępne w dniu 18.02.2013 r.

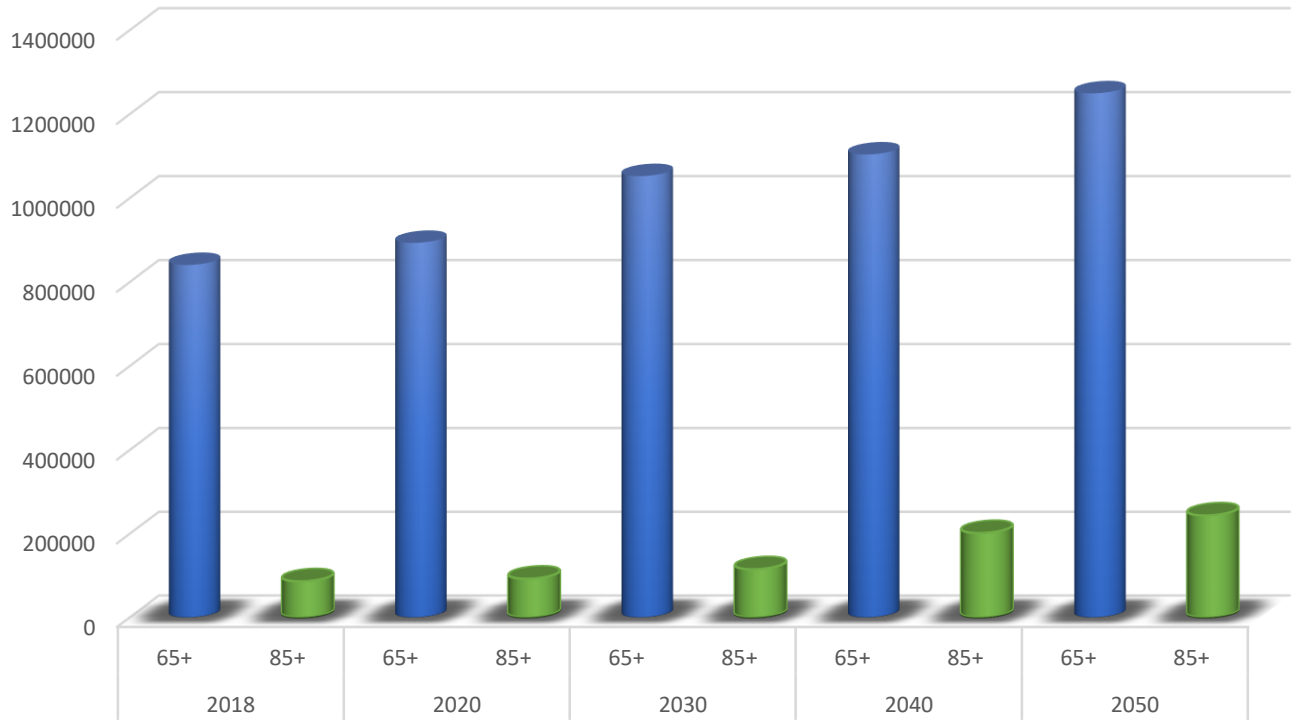
# Lekarze ratunkowi: sytuacja na SOR-ach jest patowa

Szpitalne oddziały ratunkowe są obłożone, lekarze przemęczeni, a pacjenci roszczeniowi. Niejednokrotnie są też odsyłani z przychodni na SOR-y, co zwiększa kolejki. W takich warunkach toczy się walka o ludzkie życie, a o błąd nietrudno.



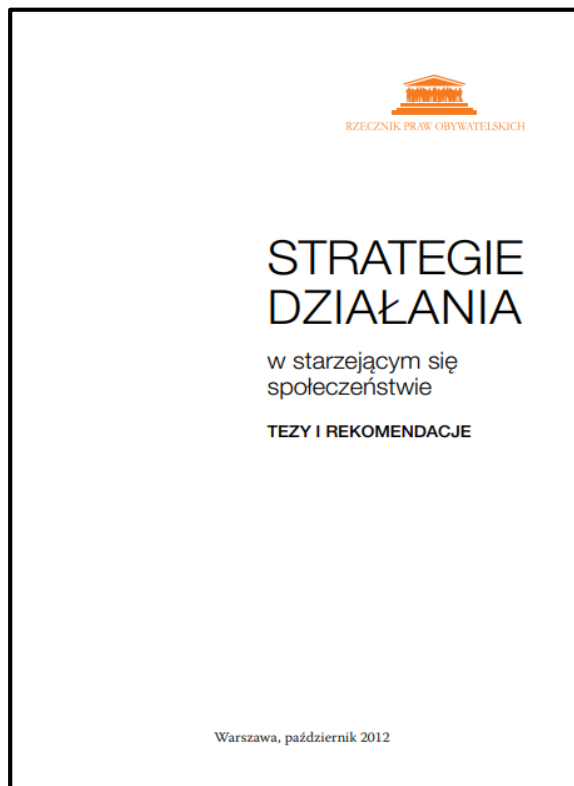
Prognoza GUS woj. śląskie		
Lata	Wiek	Ogółem
2018	65+	840 760
	85+	86 312
2020	65+	893 360
	85+	92 641
2030	65+	1 052 425
	85+	115 194
2040	65+	1 103 967
	85+	201 806
2050	65+	1 249 558
	85+	243 828

Prognoza ludności w woj. śląskim w latach 2018 - 2050





# Dyfuzja wiedzy gerontologicznej



- Proactive care of Older People undergoing Surgery (POPS)
- **Biologia starzenia**
- **Ortogeriatrya**
- Psychogeriatrya
- Rehabilitacja Geriatryczna
- Standaryzowana LTC

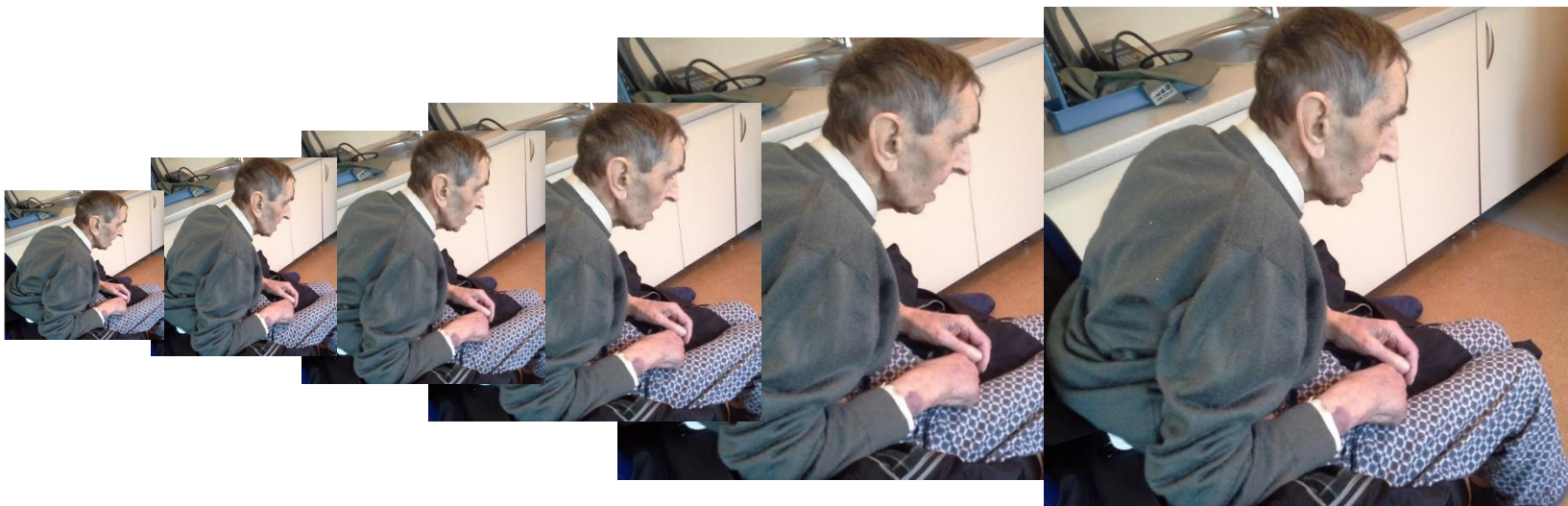


SOPOT, 11–12 maja 2018 r.



WARSZAWA, 8–9 czerwca 2018 r.

# POLITYKA SENIORALNA ; KONSOLIDACJA I TWORZENIE ZASOBÓW; PRECYZYJNE OKREŚLENIE CELÓW



**2016**  
**1,5 mln osób > 65 r. ż.to niesamodzielnii chorzy**

**2050**  
**Liczba ta wzrośnie do 4,5 mln.**  
**Wzrost o 91 000 / rok**

**Otępienie połączy MZ z MRPiPS**







## Zaburzenia zachowania w otępieniu

1. Chodzenie tam i z powrotem bez celu
2. Błądzenie
3. Nieodpowiednie ubranie lub rozbieranie się
4. Plucie (łącznie z pluciem podczas posiłków)
5. Wyzwiska lub agresja słowna
6. Bezustanne nieuzasadnione prośby o pomoc lub uwagę
7. Powtarzane zdania lub pytania
8. Bicie (łącznie z biciem siebie)
9. Kopanie
10. Zaczepianie ludzi
11. Popychanie
12. Rzucanie rzeczami
13. Niekontrolowany śmiech lub płacz
14. Krzyk
15. Gryzienie
16. Drapanie
17. Usiłowanie dostania się w inne miejsce (np. wychodzenie z budynku)
18. Celowe upadanie
19. Narzekanie
20. Negatywizm
21. Jedzenie/picie nieodpowiednich substancji
22. Robienie krzywdy sobie lub innym (papierosem, gorącą wodą, itp.)
23. Nieodpowiednie obchodzenie się z rzeczami
24. Ukrywanie rzeczy i osób
25. Gromadzenie rzeczy
26. Darcie rzeczy lub niszczenie własności
27. Powtarzające się manieryzmy
28. Werbalne molestowanie seksualne
29. Fizyczne molestowanie seksualne
30. Ogólny niepokój ruchowy
31. Zanieczyszczanie otoczenia

Wg. **PSYCHOGERIATRIA POLSKA** 2013;10(2):41-48

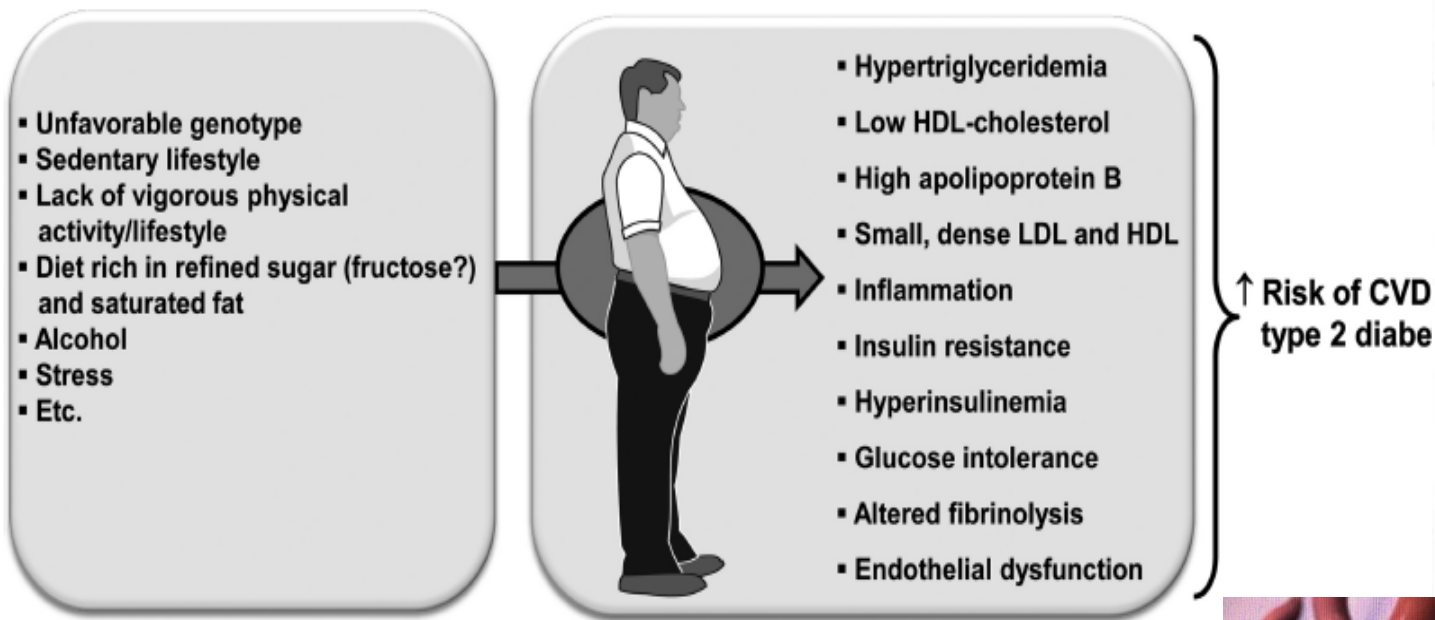
Zachowania agresywne w otępieniu czołowo-skroniowym. W modyf. Autora.

**2016 r: 1,5 mln osób > 65 r. ż. to niesamodzielni chorzy geriatryczni;**

**2050 liczba ta wzrośnie do 4,5 mln.  
Wzrost o 91 000 rok**



*Circulation. 2012;126:1301-1313.)*

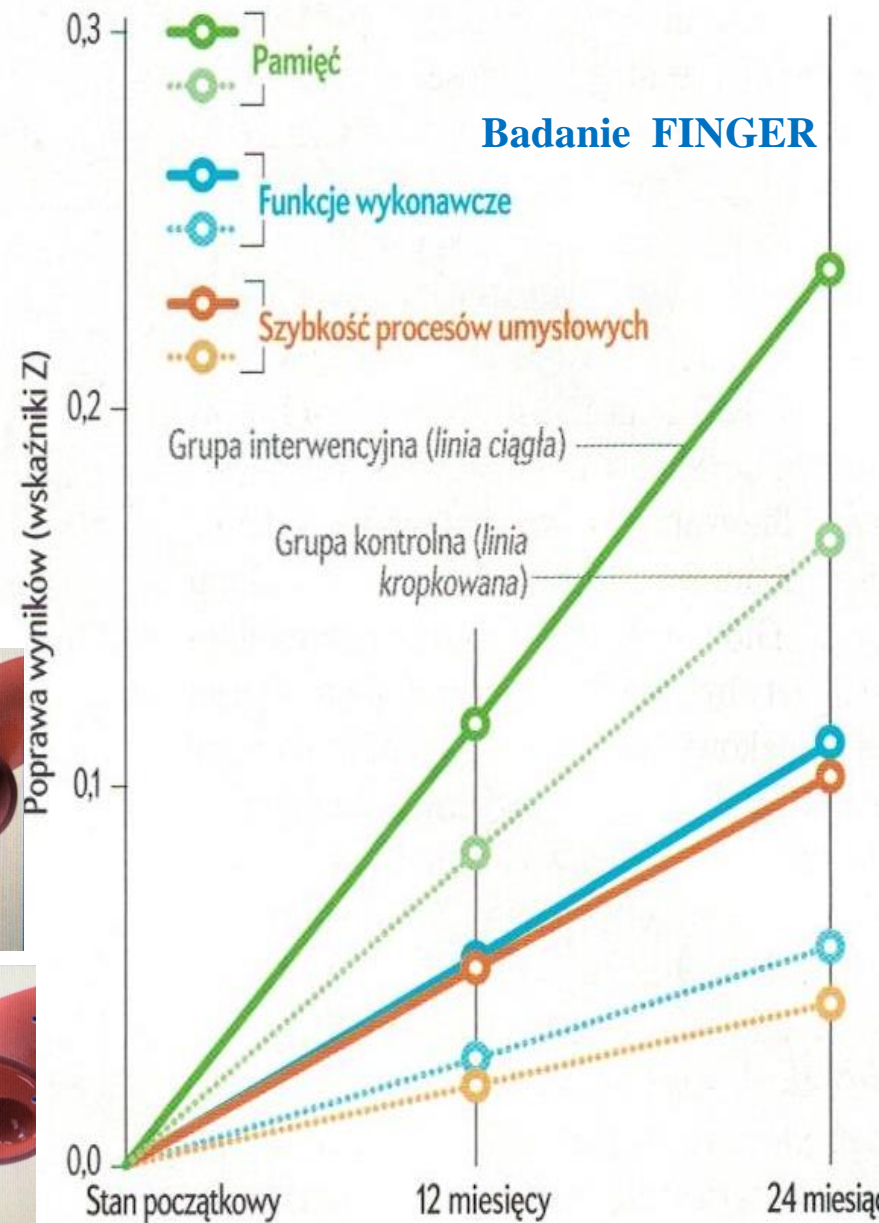


SYNDROME X (REAVEN'S SYNDROME)?  
 INSULIN RESISTANCE SYNDROME?  
 METABOLIC SYNDROME?  
 EXCESS VISCERAL/ECTOPIIC FAT?



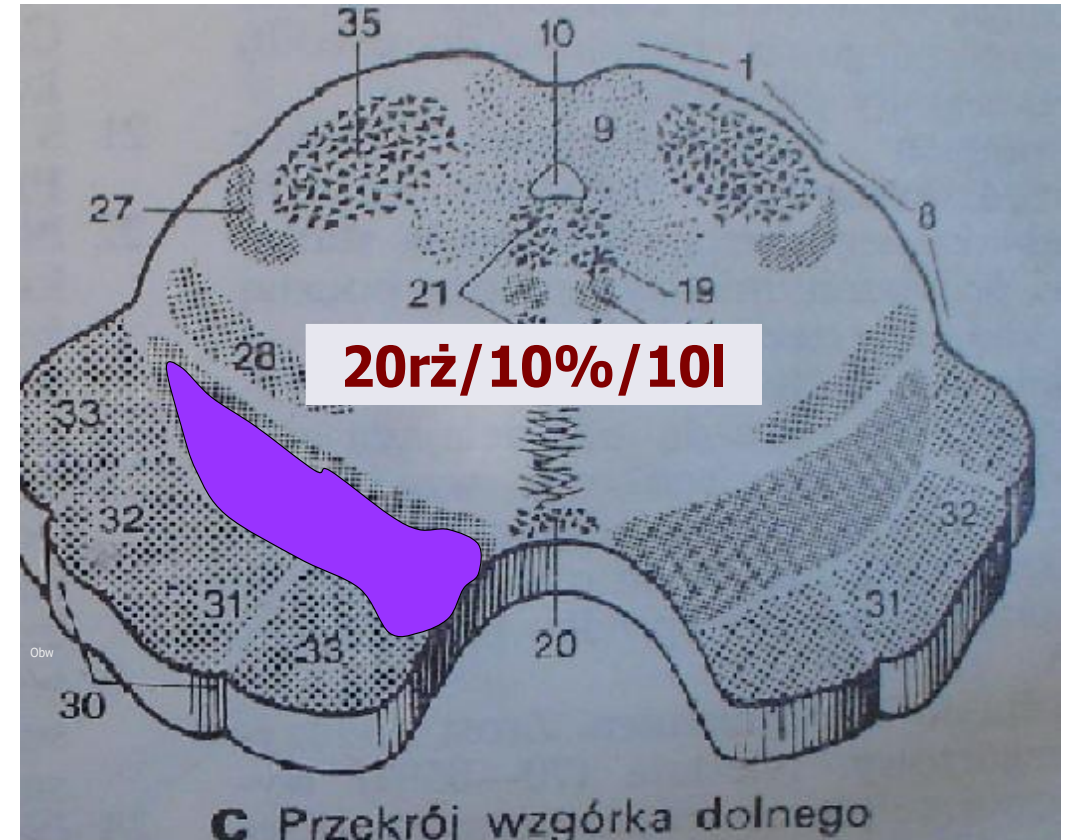
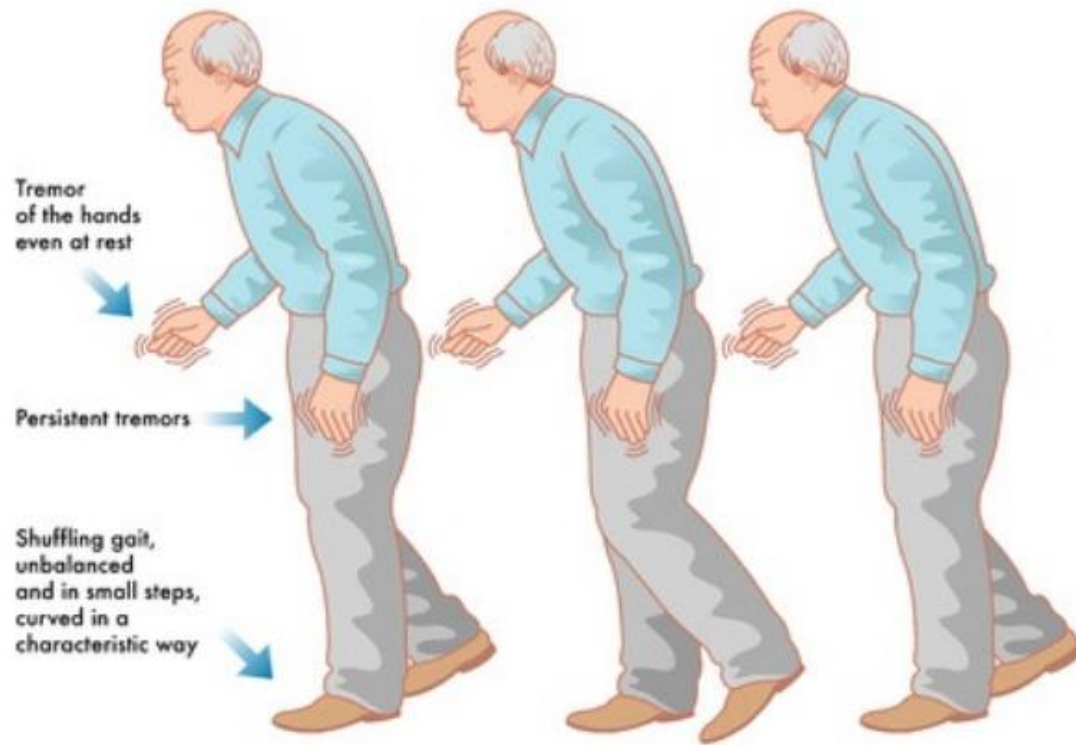
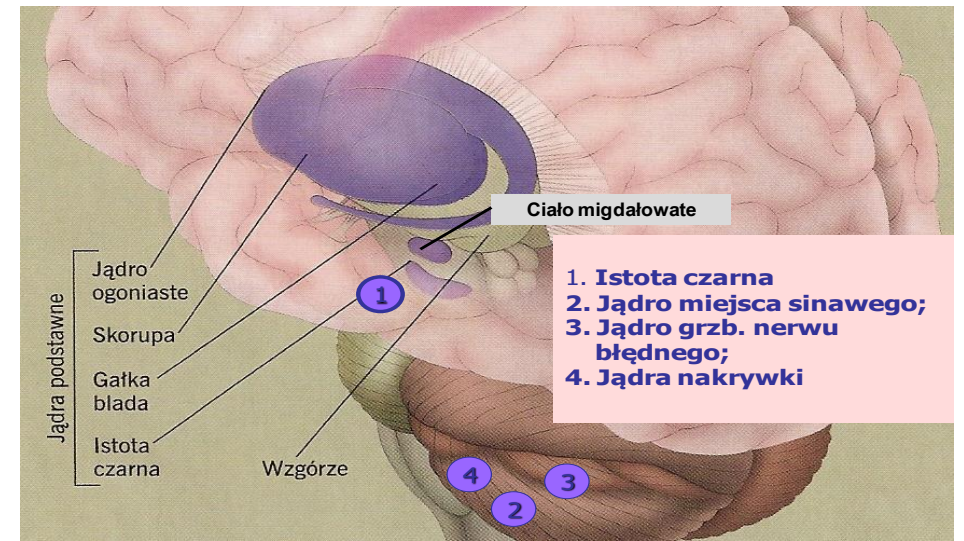
- **Uszkodzenie mikrokrążenia w mózgu - mikroangiopatia**
- **Wiek i niskie RR upośledzają ukrwienie**
- **Utrata elastyny w ścianie śr. tętnic ↓ autoregulacja**
- **Odkładanie fibryny we wnętrzu mikronaczyń**

*Lancet. 2015; 385: 2255 – 2263.*





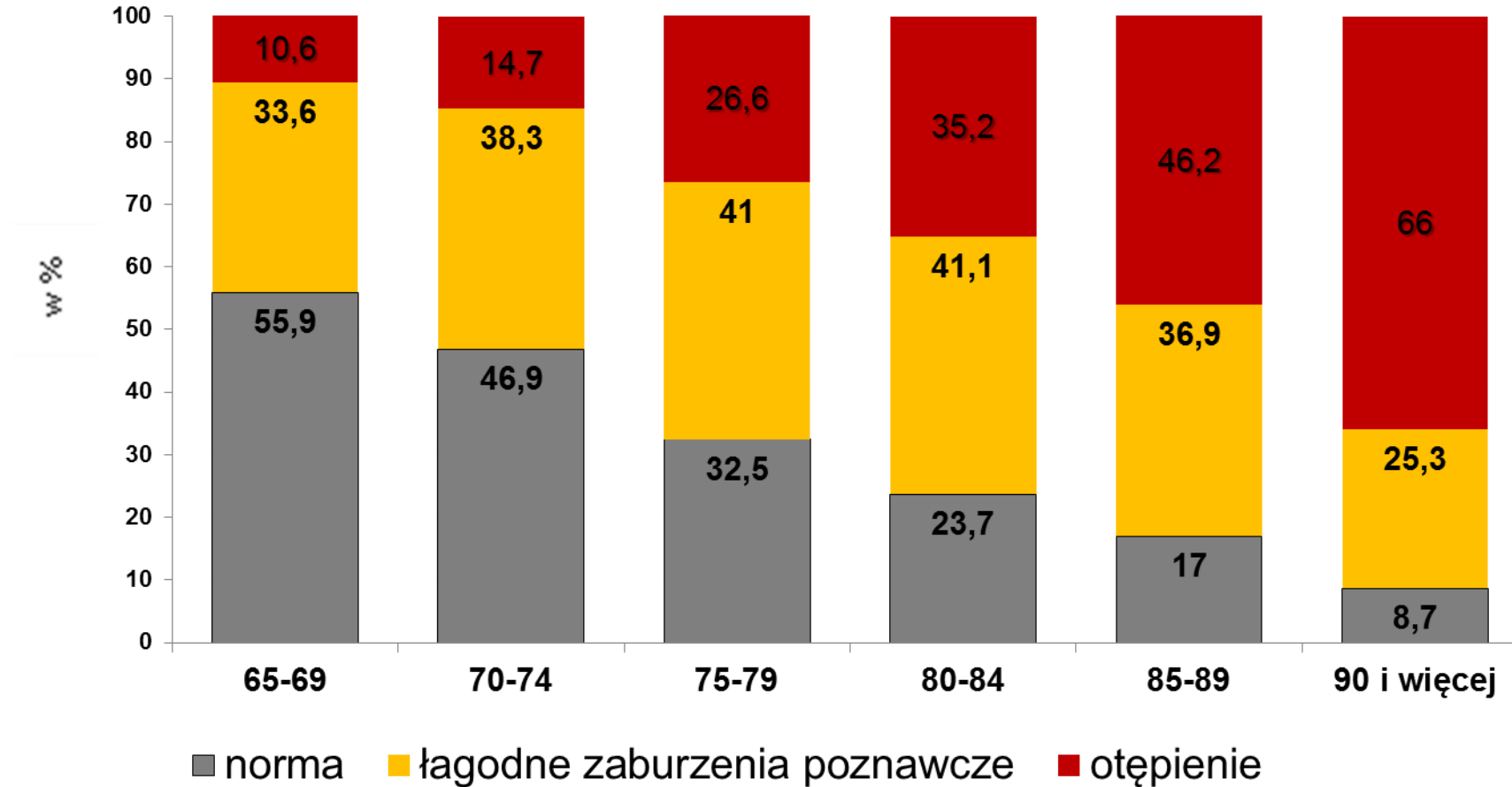
**Choroba małych naczyń ( small vessel disease - SVD ) i dopaminopenia w MPS są podstawą do mechanizm wymiany pokoleń - torują drogę MCI ( milde cognitive impairment) i depresji starczej oraz zespołowi kruchości**



**MPS- Mild Parkinsonian Signs**

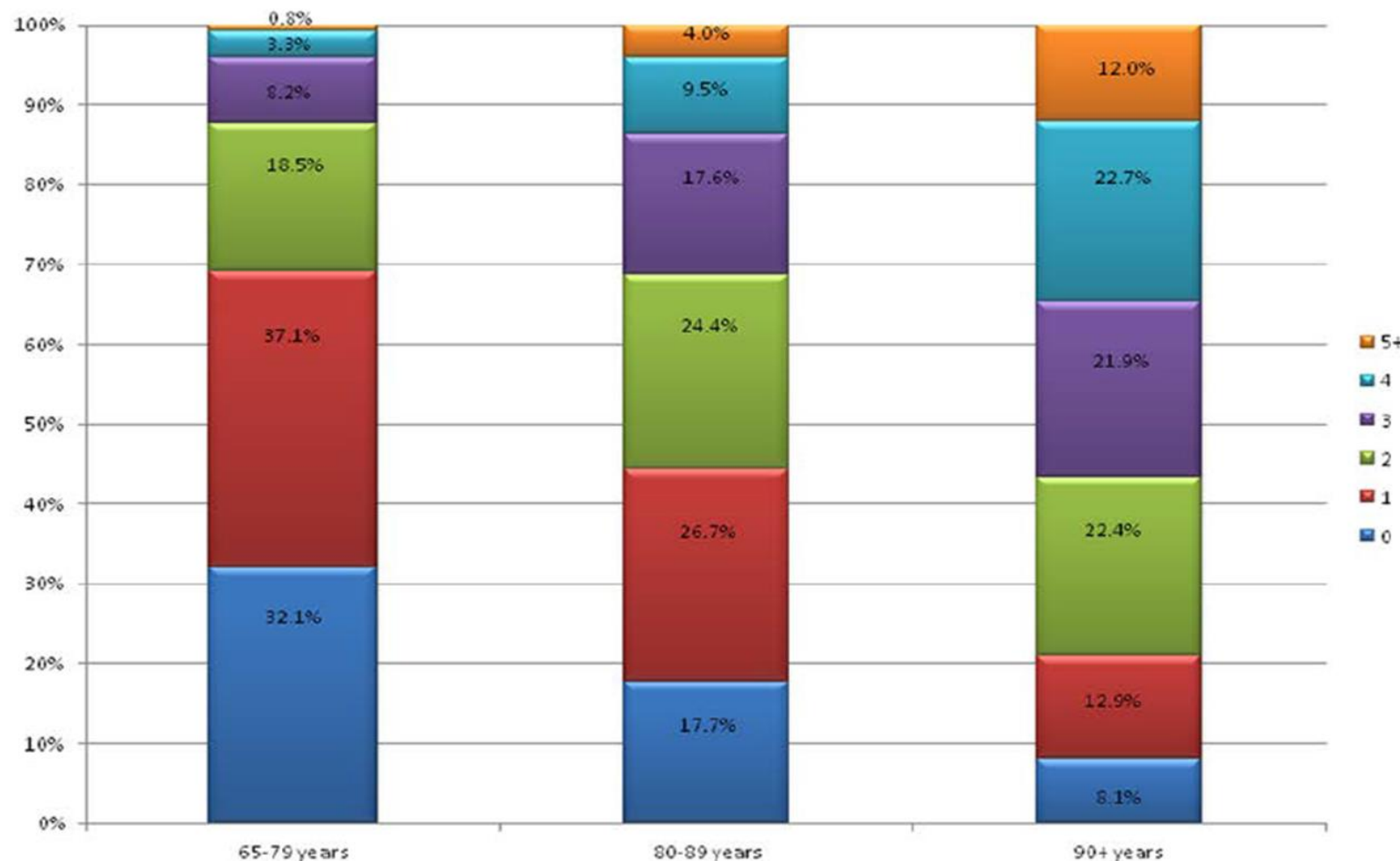
# Zaburzenia funkcji poznawczych a wiek wg badania POLSENIOR

EPIDEMIOLOGIA



## Clustering of geriatric deficits emerges to be an essential feature of ageing - results of a cross-sectional study in Poland

Piotrowicz Karolina<sup>1</sup>, Pac Agnieszka<sup>2</sup>, Skalska Anna Barbara<sup>3</sup>, Chudek Jerzy<sup>2,4</sup>, Klich-Rączka Alicja<sup>5</sup>, Szybalska Aleksandra<sup>5</sup>, Michel Jean-Pierre<sup>6</sup>, Grodzicki Tomasz<sup>7</sup>



**Figure 1.** The percentage of subjects with the listed total number of analyzed geriatric conditions (from 0 to 5 or more) in age subgroups: 65-79 years, 80-89 years and 90+ years old.

## Zespoły geriatryczne

- Zaburzenia widzenia
- Upośledzenie słuchu
- Zaburzenia nastroju
- Upadki
- Zależność funkcjonalna
- Niedożywienie
- Upośledzenie funkcji poznawczych



# Planowanie potrzeb zdrowotnych opierające się na progresji wydatków wg systemu JGP, bez identyfikacji faktycznych potrzeb zdrowotnych - obarczone może być błędem



Narodowy Fundusz Zdrowia  
Centrala w Warszawie  
Departament Analiz i Strategii



## Dariusz Dziełak

Warszawa - listopad 2015

Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce

Tab. 2: Zestawienie prognozowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2020 i 2030

	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2020 r. (prognoza)	2030 r. (prognoza)
Koszty NFZ (tys. zł)	48 099 593	49 560 833	50 222 868	52 193 765	52 996 624	55 609 933	59 378 554
zmiana rok do roku (tys. zł)		1 461 240	662 035	1 970 898	802 859	2 613 310	3 768 620
zmiana do 2010r (tys. zł)		1 461 240	2 123 275	4 094 173	4 897 031	7 510 341	11 278 961
zmiana do 2014r. (tys. zł)						2 613 310	6 381 930
dynamika (rok do roku)		103,0%	101,3%	103,9%	101,5%	104,9%	106,8%
dynamika (2010=100%)	100,0%	103,0%	104,4%	108,5%	110,2%	115,6%	123,4%



### Jak placówka odpowiada na wielochorobowość ?

- zespół słabości
- anoreksja, niedożywienie
- upadki, odleżyny
- depresja, parkinsonizm, otępienie, majaczenie
- zaburzenia zachowania

### Jakie problemy zdrowotne u chorych geriatrycznych

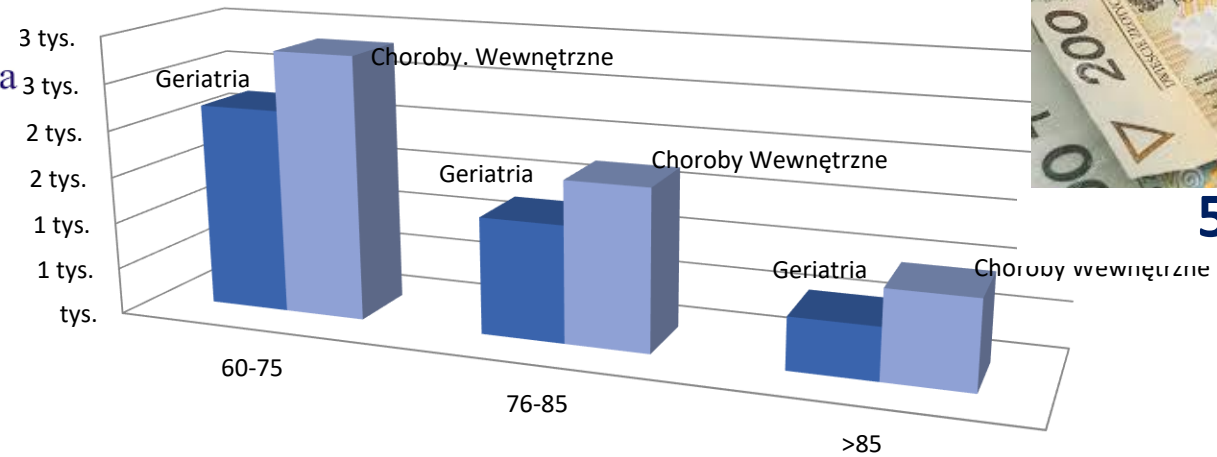
identyfikują w systemie lekarze ?

**Analiza 13 078 pacjentów > 60 r. ż. leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych i 3990 pacjentów oddziałów geriatrycznych - przyjęcia planowe 07.2013 - 06.2014r.** Dane ŚOW NFZ

**NFZ**  
 Narodowy Fundusz Zdrowia  
**sierpień 2015**

**Średni koszt leczenia pacjenta do roku od zakończenia leczenia w Oddziałach Chorób Wewnętrznych i Geriatrii ( w tys. złotych )**

**DANE WYJŚCIOWE**



**505 PLN**

	60-75	76-85	>85
■ Geriatria	2 196 zł	1 252 zł	557 zł
■ Ch. Wewnętrzne	2 832 zł	1 720 zł	942 zł

	Liczba pacjentów Wiek: 60-75 lat	Liczba pacjentów Wiek: 76-85 lat	Liczba pacjentów Wiek: powyżej 85 lat
<b>Oddział Chorób Wewnętrznych</b>	<b>8866</b>	<b>3623</b>	<b>589</b>
<b>Oddział Geriatryczny</b>	<b>1268</b>	<b>2002</b>	<b>720</b>

1

# Załącznik Nr 9 do Zarządzenia Prezesa Nr 89/2013/DSOZ z 19.12.2013 Dgn otępienia: ...badanie płynu mózgowo rdzeniowego, badania genetyczne, przezczaszkowe usg .....

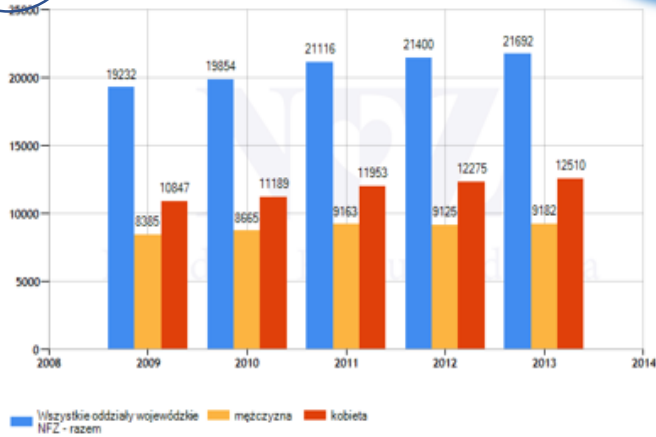
CHOROBY NEUROZWYRÓDNIENIOWE - ODBICIE ZMIAN EPIDEMIOLOGICZNYCH w okresie 2009 - 2013

4

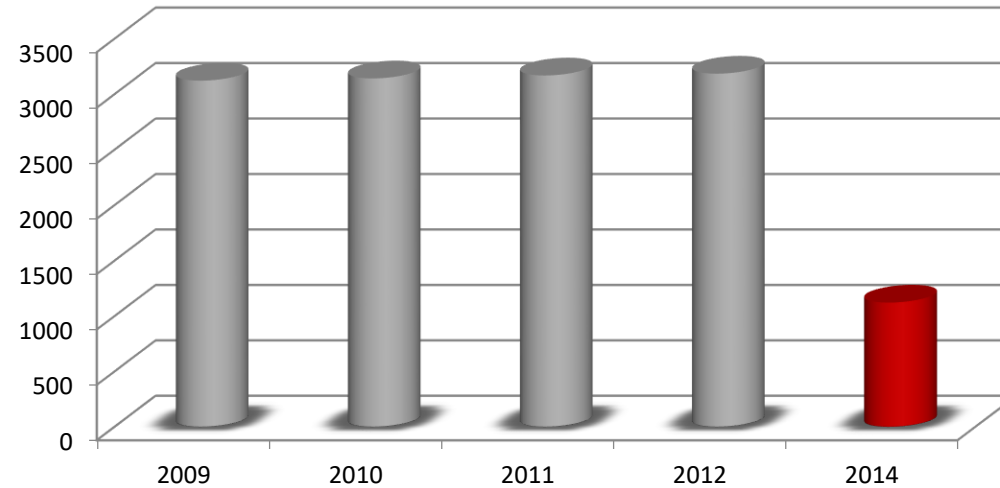
A35 - Choroby zwyrodnieniowe OUN  
Liczba wystąpień

21692

2



Wartość hospitalizacji w zakresie dgn i leczenia otępienia zmniejszono z 62 pkt do 22 pkt.



CHOROBY NEUROZWYRÓDNIENIOWE - OGRANICZENIE MOŻLIWOŚCI ROZLICZEŃ od 2014 r.

5

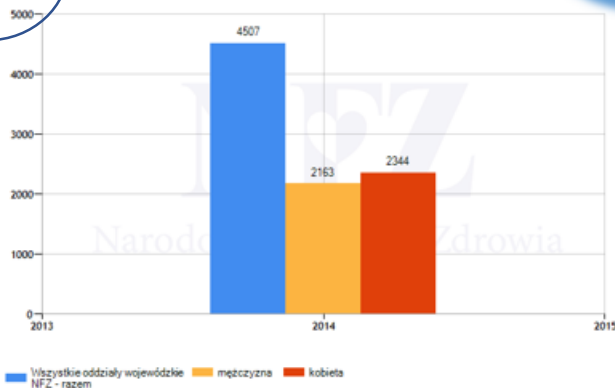
A35C - Choroby zwyrodnieniowe oun  
Liczba wystąpień

4507

3

Znak: NFZ/CF/DSOZ/2014/075/0127/W/03324/BOS

Warszawa, dnia ..... 5.X. 2014 r.



Jednocześnie informuję, że w Centrali Funduszu prowadzone są analizy badające zależności pomiędzy czasem hospitalizacji a występowaniem określonych cech u pacjentów takich jak wiek czy też choroby współistniejące i powikłania. Analizy te, w połączeniu z opiniami środowiska medycznego, pozwolą na podjęcie decyzji o ewentualnym wyodrębnieniu nowych grup w systemie JGP. W związku z faktem, iż do Funduszu wpłynęło kilka uwag już po zakończeniu konsultacji projektu zarządzenia, w rozpatrywanym przypadku planowana jest modyfikacja grupy A35C polegająca na określeniu kilkudniowego czasu pobytu finansowanego grupą oraz określeniu wartości punktowej dla dodatkowych osobodni ponad ryczałt.



# File:Causes of death – standardised death rate, 2014 (per 100 000 inhabitants) YB17.png

W oparciu o jakie dane tworzono w Polsce Mapy Potrzeb Zdrowotnych ?

	Total									Females		
	Circulatory disease	Heart disease (*)	Cancer (†)	Lung cancer (‡)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-28 (*)	373.6	126.3	261.5	54.4	30.5	78.3	38.6	5.8	11.3	32.6	3.9	6.6
Belgium	281.9	72.4	252.6	61.6	26.1	95.7	46.5	6.7	17.3	37.0	2.7	6.4
Bulgaria	1 131.0	195.4	242.4	45.5	34.9	58.1	15.3	9.0	9.9	32.6	8.7	9.0
Czech Republic	615.2	333.1	284.6	53.1	37.9	73.4	30.8	7.8	14.4	29.1	5.7	8.0
Denmark	256.6	81.0	300.6	71.7	35.2	115.7	42.9	4.0	11.9	39.7	3.6	6.1
Germany	403.5	142.8	253.2	51.0	29.0	68.0	29.6	4.6	11.9	35.6	3.2	4.9
Estonia	699.6	295.5	299.4	55.3	36.0	43.8	21.8	7.5	18.3	31.8	8.6	5.9
Ireland	309.9	147.5	288.3	61.5	32.4	125.9	48.7	4.0	11.0	41.2	5.0	7.8
Greece	381.4	103.0	249.3	61.9	23.3	108.1	20.9	8.6	5.0	31.0	2.3	5.9
Spain	245.0	68.2	232.7	47.8	33.6	91.7	48.5	4.3	8.2	23.7	2.3	6.2
France	202.9	49.3	245.4	50.1	26.1	52.0	50.2	5.1	14.1	32.9	2.2	7.4
Croatia	678.6	306.5	336.4	65.2	51.0	59.7	21.3	8.9	16.8	44.5	5.5	11.1
Italy	310.1	98.3	246.6	49.4	27.0	58.3	34.3	5.6	6.3	31.7	1.3	6.5
Cyprus	351.8	108.7	201.0	37.2	16.7	86.2	26.8	6.5	4.5	26.6	1.5	9.2
Latvia	882.7	442.7	299.3	46.9	34.2	35.9	15.6	12.4	19.0	34.6	9.5	9.5
Lithuania	848.8	564.4	276.2	46.1	32.1	42.1	20.8	10.7	31.5	28.5	10.4	8.4
Luxembourg	296.9	80.3	260.7	59.6	25.5	63.8	38.0	6.0	13.4	35.6	3.2	6.3
Hungary	761.5	390.6	348.1	89.8	55.0	78.6	19.9	8.1	19.4	37.9	7.6	8.2
Malta	372.4	202.8	233.5	43.2	28.3	96.6	21.0	2.5	8.3	35.1	1.8	12.7
Netherlands	271.7	62.4	282.2	66.7	32.9	74.1	48.3	4.1	11.1	35.2	2.4	5.9
Austria	418.1	179.1	249.3	47.5	26.4	46.6	32.6	5.8	15.3	32.4	3.4	5.5
Poland	591.4	129.1	292.3	69.2	36.0	69.1	16.5	10.3	15.5	31.0	8.3	8.0
Portugal	305.8	69.6	242.1	36.4	35.0	116.7	32.8	7.8	11.3	26.7	3.5	6.4
Romania	951.3	320.3	273.2	54.2	32.4	78.4	21.0	12.3	11.4	32.1	16.4	6.0
Slovenia	451.3	102.8	299.9	58.6	38.4	66.3	21.1	6.7	18.9	33.5	4.4	9.3
Slovakia	654.6	388.8	324.1	50.0	49.2	74.9	29.5	8.5	10.8	35.8	8.7	9.9
Finland	378.8	199.2	218.6	39.0	22.6	34.4	155.0	5.7	14.6	26.6	1.8	6.1
Sweden	338.3	131.2	234.8	38.7	29.2	58.1	42.6	3.4	12.1	27.0	2.6	6.3
United Kingdom	264.9	118.4	278.4	61.4	27.7	130.9	47.6	2.8	7.1	34.7	2.8	6.7
Liechtenstein	296.4	73.7	203.0	31.3	6.8	89.8	67.6	10.3	10.2	41.0	:	9.9
Norway	272.6	95.7	252.5	50.5	36.4	88.4	45.4	4.0	7.3	27.2	2.7	7.2
Switzerland	280.0	97.8	219.6	42.1	22.8	51.3	44.5	3.6	12.8	31.1	1.4	5.1
Serbia	931.6	159.5	298.3	69.4	37.2	79.7	27.3	7.6	15.9	41.9	10.4	8.0
Turkey (*)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	2.2	4.2

(\*) Ischaemic heart diseases.

(†) Malignant neoplasms.

(‡) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.

(\*) For the age standardisation, among older people, the age group aged 85 and over was used rather than separate age groups for 85-89, 90-94 and 95 and over.

(†) 2013.

Source: Eurostat (online data code: hlth\_cd\_asdr2)

# Wskaźnik SEYLL (Standard Expected Years of Life Lost) liczby lat życia, o jaką dana populacja została zubożona w ciągu danego roku w stosunku do populacji referencyjnej

1



## TEMATYKA

**Sesja Specjalna (90 minut)**  
**System ochrony zdrowia w Polsce 1990 - 2040.**

**Moderator:**

Tomasz Zdrojewski – przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN  
Sesja Plenarna Komitetu Zdrowia Publicznego i Komitetu Prognoz Polskiej Akademii Nauk  
Partnerzy: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Bank Światowy

**W zdrowiu publicznym nie odnosimy się w analizach do chorób neurodegeneracyjnych**

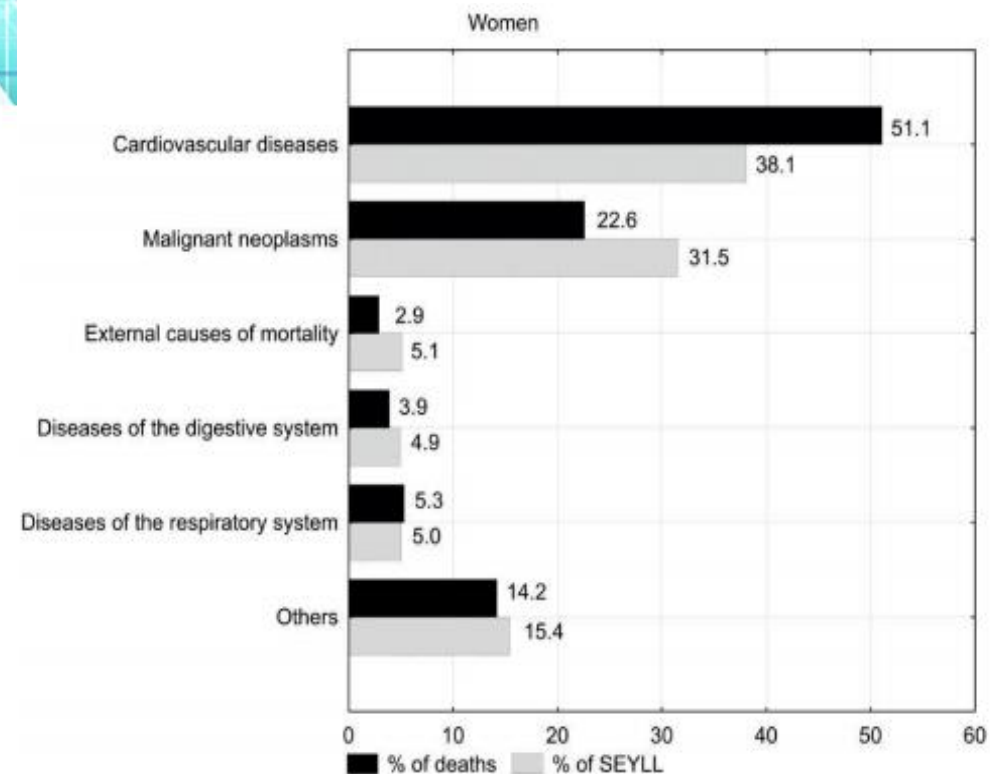


Fig. 2. Proportional mortality rates and percentage of standard expected years of life lost (SEYLL) of females by major causes of death in Poland in 2013

Ryc. 2. Współczynniki umieralności proporcjonalnej i odsetki utraconych lata życia kobiet (SEYLL) wg najważniejszych klas przyczyn zgonów w Polsce w 2013 roku

Pikala M i wsp. Różnice terytorialne w utraconych latach życia z powodu przedwczesnej umieralności mieszkańców Polski. Przegl. Epidemiol. 2017.71.1. 68-79



# FAKTY : Identyfikacja potrzeb zdrowotnych i planowanie opieki dla potrzeb starzejącego się społeczeństwa.

2014: 145 tyś 85+ OChW  
11 tyś 85+ OG

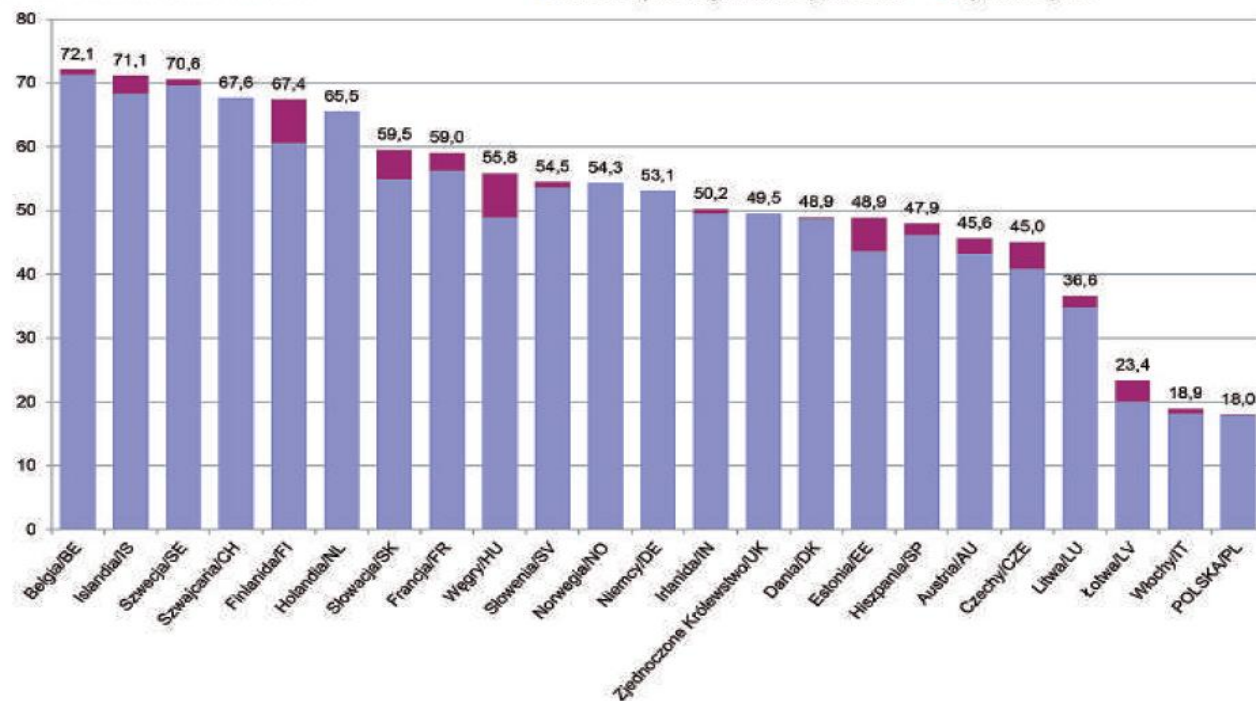
Tabela 12.3. Oddziały geriatryczne w latach 2010–2014 (dane GUS)

Table 12.3. Geriatric departments in 2010–2014 (CSO data)

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Oddziały	21	20	29	31	38
Łóżka	569	558	697	721	853
Leczeni	14600	14244	17353	19300	21787
Osobodni leczenia	145477	136661	156008	166996	182652
Średni pobyt w dniach	10	9.6	9	8.7	8.4

Per 1 000 population aged 65 and over

■ /Płacówki opieki długoterminowej/Institutions ■ Szpitale/Hospitals



Ryc. 12.36. Współczynnik liczby łóżek długoterminowych na 1000 ludności powyżej 65 lat w 2013 r. (dane OECD)

## 2017 - Budżet NFZ

**Leczenie szpitalne - 31,3 mld**

**POZ - 9,8 mld**

AOS - 5,6 mld

Programy lekowe - 2,9 mld

Opieka psych. - 2,4 mld

Rehabilitacja - 2,1 mld

Stomatologia - 1,7 mld

Opieka długoterminowa - 1,3 mld

Sanatoria - 0,65 mld

Opieka paliatywna - 0,59 mld

Transport i pomoc doraźna - 0,48 mld

## Działania MZ/ NFZ 2015 - 2017

Szpitalna opieka geriatryczna I i II p. do 09.2017 r.

**Bezpłatne leki 75+**

**Opieka dzienna DDOM - projekty/ UE**

Rehabilitacja geriatryczna brak produktu

Mapy Potrzeb Zdrowotnych bez ZOD i O Ger.

# Podsekretarz stanu

sekretariat: (22) 63 49 295

fax: (22) 831 21 66

## Kompetencje

Inicjuje, koordynuje i nadzoruje wykonywanie zadań przez:

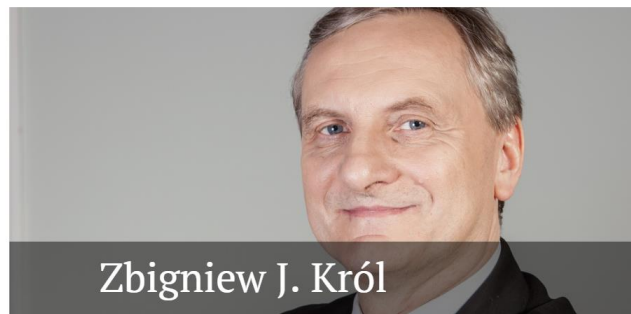
1. Departament Analiz i Strategii,
2. Departament Organizacji Ochrony Zdrowia,
3. Departament Zdrowia Publicznego.

# Departament Zdrowia Publicznego

Prowadzi sprawy związane z realizacją zadań dotyczących zdrowia psychicznego oraz Narodowego Programu Zdrowia. Nadzoruje system leczenia odwykowego i leczenie uzależnień, jak również służbę medycyny pracy i orzecznictwo lekarskie w tym zakresie. Zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi opieki geriatrycznej, gerontologicznej, długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej. Wykonuje zadania w ramach ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, leczenia sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, a także w ramach zagrożeń zdrowia środowiskowego oraz ochrony radiologicznej pacjenta. Prowadzi sprawy dotyczące osób niepełnosprawnych oraz organizacji pozarządowych wykorzystujących środki finansowe z części 46 – Zdrowie.

**Justyna Mieszalska**  
dyrektor

**Dariusz Poznański**  
zastępca dyrektora



## Leki dla seniorów 75.

Przywracanie służby zdrowia pacjentom. Ustawa o dekomercjalizacji szpitali .

Rozszerzenie dostępności do leków

Kształcenie lekarzy – zwiększenie miejsc na wydziale lekarskim.

Kierowanie inwestycjami - JOWISZ.

Nowa ustawa antytytoniowa.

Korekta wycen w koszyku świadczeń gwarantowanych: pediatria; kardiologia

Program kompleksowej opieki nad pacjentami po zawale serca. **Konsultacyjna funkcja Geriatrii - likwidacja w Sieci oddziałów geriatrycznych na poziomie I i II; Implementacja Geriatrii w Wielką Internę**



# PROPORCJE WŁAŚCIELSKIE W ZASOBACH ŁÓŻEK 2010 – 2015 w UE / odpowiedzialność organów rządowych i samorządów za optymalne zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych

	Public ownership		Not-for-profit private ownership		For-profit private ownership		Public ownership		Not-for-profit private ownership		For-profit private ownership	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015	2010	2015
	(number of beds)						(number of beds per 100 000 inhabitants)					
Belgium												
Bulgaria	43 112	41 043	0	0	5 822	10 890	577.4	571.8	0.0	0.0	78.0	151.7
Czech Republic (*) <sup>(*)</sup>	65 634	57 780	465	282	8 508	10 330	625.9	547.9	4.4	2.7	81.1	98.0
Denmark (*)	18 536	13 415	468	655	401	310	334.1	236.0	8.4	11.5	7.2	5.5
Germany	273 789	271 236	200 672	193 286	200 012	199 842	334.8	332.0	245.4	236.6	244.6	244.6
Estonia (*)	6 321	6 038	376	170	325	316	471.7	459.0	28.1	12.9	24.3	24.0
Ireland												
Greece	34 288	29 879	1 368	881	14 172	15 185	303.2	276.1	12.1	8.1	125.3	140.3
Spain	99 789	95 015	19 047	16 754	26 371	26 599	216.6	204.6	41.3	36.1	57.2	57.3
France	260 642	253 364	58 436	57 384	97 632	97 497	402.1	380.3	90.1	86.1	150.6	146.3
Croatia	24 702	23 034	0	140	129	235	559.0	547.4	0.0	3.3	2.9	5.6
Italy	147 780	131 213	7 813	7 527	60 387	55 325	244.3	216.1	12.9	12.4	99.8	91.1
Cyprus	1 514	1 534	0	0	1 444	1 361	182.5	181.0	0.0	0.0	174.1	160.6
Latvia	11 154	10 141	0	0	766	1 120	516.0	512.8	0.0	0.0	35.4	56.6
Lithuania	22 015	19 963	0	0	175	273	690.0	687.2	0.0	0.0	5.5	9.4
Luxembourg												
Hungary	69 552		2 085		181		695.5		20.9		1.8	
Malta (*)	1 710	1 933	0	0	164	108	412.0	447.6	0.0	0.0	39.5	25.0
Netherlands (*) <sup>(*)</sup>	0	0	76 980	70 310			0.0	0.0	465.7	418.4		
Austria	45 367	45 097	11 519	11 223	7 122	8 818	540.7	522.4	137.3	130.0	84.9	102.1
Poland	190 175		0		61 281		495.9		0.0		159.8	
Portugal	26 048	24 027	6 533	7 313	3 065	3 883	245.6	232.0	61.6	70.6	28.9	37.5
Romania	131 759	127 531	210	474	2 767	6 567	614.6	643.6	1.0	2.4	12.9	33.1
Slovenia	9 265	9 214	0	0	102	101	452.3	446.5	0.0	0.0	5.0	4.9
Slovakia												
Finland	30 024	22 552			1 372	1 302	559.8	411.6			25.6	23.8
Sweden												
United Kingdom	183 831	169 995					295.2	261.0				
Iceland	1 140	1 030	0	0	0	0	358.4	311.4	0.0	0.0	0.0	0.0
Liechtenstein	74	56	0	0	4	4	205.4	149.4	0.0	0.0	11.1	10.7
Norway	16 185	14 956					331.0	288.3				
Montenegro	2 466	2 446	0	0				393.4		0.0		
Former Yugoslav Republic of Macedonia	9 237	8 826	0	0	197	258	449.5	426.3	0.0	0.0	9.6	12.5
Serbia	39 299	39 594					539.0	558.0				
Turkey	152 761	162 413	0	0	31 578	47 235	208.9	207.6	0.0	0.0	43.2	60.4

## Wybór modelu zarządzania właścicielskiego; prywatyzacje w szpitalach w Polsce:

- Łóżka publiczne.
- Prywatne - non profit – partnerstwo pp.
- Prywatne - for profit.

09.2007r. E. Kopacz

*...ludzie nie powinni się obawiać zmian własnościowych w szpitalach. Ich status nie ma znaczenia. Ważne jest to, że będą one gwarantować nieodpłatną opiekę zdrowotną, w ramach płaconej obecnie składki zdrowotnej, na jak najwyższym poziomie...*

09.2016 r. K. Radziwiłł

*....Komercjalizacja - a zatem zmiana w spółki, a następnie prywatyzacja szpitali publicznych - to jest proces, który po prostu się nie sprawdził...To, co się obserwuje w tych szpitalach, to na pewno przejście z paradygmatu działania dla misji publicznej na działanie na rzecz wyniku finansowego...*

(\*) 2009 instead of 2010.

(\*) Public ownership: break in series.

(\*) Break in series.

(\*) For-profit private ownership: break in series.

(\*) 2013 instead of 2015.

Source: Eurostat (online data code: hlth\_rs\_bds2)

# Narodowy Program Zdrowia

Narodowy Program Zdrowia jest dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. Cele NPZ to przede wszystkim:

- wydłużenie życia Polaków,
- poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem,
- ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

## Ustawa o zdrowiu publicznym

Przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia było jednym z głównych założeń ustawy o zdrowiu publicznym, która weszła w życie 3 grudnia 2015 r. Dzięki jej realizacji Polacy będą mieć większą świadomość tego, jak ważne są zdrowy styl życia i zachowania prozdrowotne.

Oczekujemy też, że w dłuższej perspektywie działania realizowane na podstawie tej ustawy przyczynią się do:

- dalszego wydłużenia przeciętnej oczekiwanej długości życia mężczyzn (do 78 lat) i kobiet (do 84 lat),
- zmniejszenia liczby zgonów z powodu chorób zależnych od stylu życia.

W 2014 r. przewidywana długość życia M 73 K 81

## Cel 5 - Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się

23.01.2018

**3.2.1 - Popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów - w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym**

23.01.2018

**3.4.1 - Realizacja zadań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów**

**4.3.1 - Tworzenie innowacyjnych rozwiązań dotyczących farmakoterapii oraz działań prozdrowotnych i aktywizujących osoby w wieku podeszłym**



# Deinstytucjonalizacja opieki w świetle raportu NIK „O pomocy osobom starszym przez gminy” ( 2016)

- Większość gmin poddanych kontroli prawie nie rozwijała alternatywnych form pomocy osobom starszym (mieszkania chronione, rodzinne domy pomocy, domy dzienne etc.)
- Kwestia senioralna słabo i powierzchownie obecna w strategiach rozwiązywania problemów społecznych
- Bardzo duża dynamika osób kierowanych do opieki instytucjonalnej ( Zarówno w DPS-ach, ZOL-ach jak i prywatnych placówkach).

**Z powyższych ustaleń kontroli wynika, że potencjał deinstytucjonalizacji w skontrolowanych gminach jest niewykorzystany**

## Główny cel:

- Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez **rozwój alternatywnych form opieki** nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami starszymi

## Cele pośrednie:

- **poprawa jakości zarządzania finansowego** w ochronie zdrowia, poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej
- rozwój **nowych form dziennej opieki** nad osobami niesamodzielnymi
- **zmniejszenie liczby i czasu trwania** nieuzasadnionych medycznie **hospitalizacji** wśród osób niesamodzielnych
- **wsparcie opiekunów osób niesamodzielnych** (edukacja, wsparcie psychologiczne)



MINISTERSTWO  
ROZWOJU



## Dlaczego deinstytucjonalizacja usług?

- W sektorze usług społecznych i zdrowotnych dominują formy instytucjonalne,
- Stacjonarne formy opieki długoterminowej **ograniczają lub uniemożliwiają udział w życiu społeczności,**
- Instytucjonalne formy świadczenia usług są rozwiązaniami **bardziej kosztownymi** niż usługi świadczone na **często nie zapewniają osobom w nich przebywającym prawa do niezależności.**

Odpowiedź na pytanie: ”Wyobraź sobie, że Twój sędziwy ojciec lub matka nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w otoczeniu ze względu na stan zdrowia psychicznego lub fizycznego. Jaka w pierwszej kolejności byłaby dla nich najlepsza opcja?” ( Eurobarometr 2007)

	Powinni mieszkać z własnymi dziećmi	Prywatne lub publiczne podmioty powinny odwiedzać ich w domu i zapewniać opiekę lub pomoc	Jedno z dzieci powinno regularnie odwiedzać osobę starszą w jej domu	Powinni przenieść się do domu opieki dla osób starszych	Inne odpowiedzi (nie wiem, to zależy, żadne ze wskazanych odpowiedzi)
Polska	59%	7%	27%	3%	4%
UE 27	30%	27%	24%	10%	9%
Czechy	36%	11%	30%	13%	10%
Słowacja	47%	11%	28%	8%	6%
Węgry	36%	12%	35%	11%	6%
Niemcy	25%	27%	30%	8%	10%
Francja	18%	46%	18%	12%	6%
Holandia	4%	52%	20%	18%	6%
Wielka Brytania	20%	34%	23%	10%	13%
Włochy	28%	30	22%	7%	13%
Hiszpania	39%	15%	19%	12%	15%
Szwecja	4%	60%	13%	20%	3%
Dania	7%	58%	15%	14%	6%





Departament Polityki Senioralnej

Kontakt

Mapa Senior+

Aktualności

Program Senior+

Program Opieka 75+

Kampania informacyjna

"Bezpieczny i Aktywny Senior"

Informacja o sytuacji

osób starszych w Polsce za rok 2015

Założenia Długofalowej

Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020

Program Solidarność pokoleń

Rządowy program ASOS

Konkursy ASOS

Generatory ofert ASOS

Rada ds. Polityki

Senioralnej

Aktywne i zdrowe

starzenie w dokumentach

## Seniorzy/aktywne starzenie

Strona główna » Seniorzy/aktywne starzenie

[Powrót do strony głównej](#)

» [Departament Polityki Senioralnej](#)

» [Kontakt](#)

» [Mapa Senior+](#)

» [Aktualności](#)

» [Program Senior+](#)

» [Program Opieka 75+](#)

» [Kampania informacyjna "Bezpieczny i Aktywny Senior"](#)

» [Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015](#)

» [Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020](#)

» [Program Solidarność pokoleń](#)

» [Rządowy program ASOS](#)

» [Konkursy ASOS](#)

» [Generatory ofert ASOS](#)

» [Rada ds. Polityki Senioralnej](#)

» [Aktywne i zdrowe starzenie w dokumentach europejskich](#)

» [Badania - aktywne starzenie](#)

» [Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012](#)



Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
Polityka społeczna wobec osób starszych 2030.  
BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ



Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej

# Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ

## Obszar I

Kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie

## Obszar II

Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej, sportowej, religijnej

Tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy, dostosowanych do ich możliwości psychofizycznych oraz

## Obszar IV

Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji

## Obszar V

Zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego - przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych

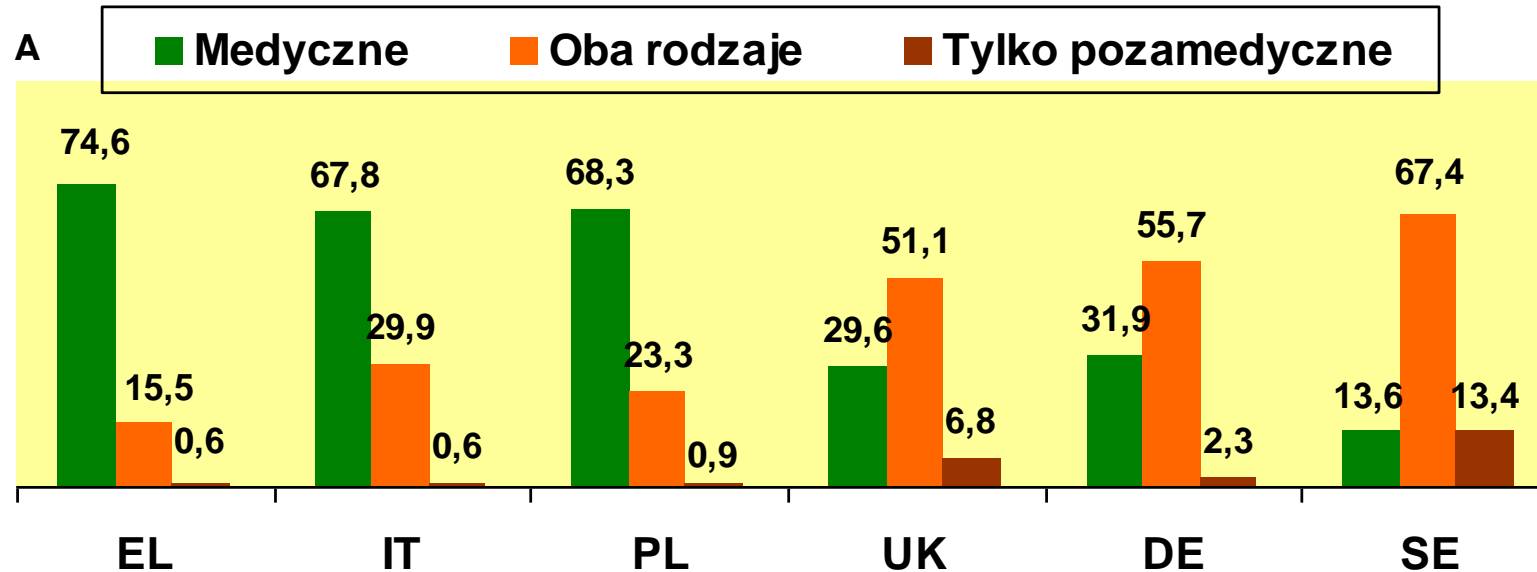
## Obszar VI

Tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej

## Obszar VII

Działania na rzecz edukacji dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), oraz edukacja w starości (osoby starsze)

# Korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w 6 krajach UE. Opracowanie wg EUROFAMCARE – dzięki uprzejmości Prof. B. Bień



**MEDYCZNE:** Lekarz POZ; specjalista, pielęgniarka, szpital, rehabilitant, psycholog, hospicjum, krótkoterminowy pobyt w placówce dla odciążenia opiekuna

**POZAMEDYCZNE:** transport; formyienne, pomoc w opiece w domu (np. mycie, karmienie), pomoc w gospodarstwie dom.; wizyty pracownika socjalnego, środki pomocnicze, teleopieka, centra informacyjne, posiłki dowożone; fryzjer w domu; usuwanie barier arch.; prywatny opiekun, pobyt w instytucji





RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



KONTAKT

RZECZNIK I BIURO

SPRAWY RPO

AKTUALNOŚCI

PUBLIKACJE

RPO W MEDIACH

KMP

[Strona główna](#) » RPO dopomina się o deinstytucjonalizację systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz seniorów

## RPO dopomina się o deinstytucjonalizację systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz seniorów

Data: 2018-08-23

- Seniorzy i osoby z niepełnosprawnościami nadal skazywani są na przeprowadzkę do dużych instytucji opieki, nawet jeśli tego nie chcą – nie ma bowiem dla nich właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania
- RPO dopomina się o deinstytucjonalizację systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych
- W listopadzie 2017 r. RPO wraz z 54 organizacjami społecznymi skierował do premiera apel w tej sprawie
- Chodzi o przyjęcie Narodowego Programu Deinstytucjonalizacji - przejścia od opieki instytucjonalnej do wsparcia w społeczności lokalnej



**Rozwiązania opiekuńcze**

### **Nowa wersja realizacyjna programu „Opieka 75+” – edycja 2018.**

W dniu 14 czerwca 2018 r. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Rafalska zatwierdziła zmianę do programu „Opieka 75+” – edycja 2018.

Zmiana od 14.06.2018. wprowadza poszerzenie adresatów programu o gminy do 60 tys. mieszkańców, które samodzielnie świadczą usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze. Zmiana obowiązuje od 01 lipca 2018 r.



## PRIORYTETY

1. Rozwój profilaktyki zdrowotnej w zakresie: zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu ChUK, wczesnego wykrywania następstw miażdżycy, cukrzycy; nowoczesne leczenie ran przewlekłych i zmniejszenie zapadalności na POChP oraz poprawę jakości życia tych chorych.
2. Zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej; profilaktyka, szybka dgn, leczenie, rehabilitacja i opieka paliatywna
3. Wydłużenie trwania życia i poprawa jego jakości z ograniczeniem niepełnosprawności; przeciwdziałanie neg. trendom demogr.
4. Poprawa jakości życia przez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem (działania profilaktyczne, dgn, leczenie i rehabilitacja)  
**Cel: Poprawa warunków życia osób starszych w chorobie przewlekłej na poziomie pozwalającym zabezpieczyć podstawowe potrzeby życiowe chorego i wsparcie jego opiekunów.**
5. Poprawa jakości życia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.
6. Zmniejszenie dynamiki rozwoju chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, otyłość, alergia).
7. Ograniczenie niepełnosprawności związanej z ostrymi (wypadki) i przewlekłymi chorobami układu ruchu.
8. Podniesienie poziomu i jakości świadczeń w nagłych stanach zagrożenia życia i zdrowia.

**STRATEGIA POLITYKI SPOŁECZNEJ WOJEWÓDZTWA  
ŚLĄSKIEGO NA LATA 2006-2020. AKTUALIZACJA 2015**

Rada ds. Seniorów, - organ doradczy marszałka w realizowaniu przedsięwzięć, dzięki którym osobom starszym w województwie ma się żyć lepiej. Efektem prac jest m.in. Paszport Zdrowia Seniora, Koperta Życia, Srebrny Listek Seniora, umieszczany na szybie samochodu i informujący o tym, że za kierownicą jest osoba starsza i zachęcający do większej ostrożności.



## Przykłady rozwiązań aktywizujących

### Cel strategiczny 2

Tworzenie warunków do pełnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym, w tym zawodowym

Kierunek działań 2.1.:

Wspieranie i wzmacnianie potencjału osób starszych oraz aktywnego ich uczestnictwa w życiu społecznym

Kierunek działań 2.2.:

Identyfikacja, łagodzenie, zapobieganie i przeciwdziałanie barierom utrudniającym pełnoprawne życie osób starszych w społeczeństwie

Kierunek działań 2.3.:

Kształtowanie wizerunku osób starszych i poprawa relacji międzygeneracyjnych

Kierunek działań 2.4.:

Dostosowanie systemu wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa





*Data publikacji 24 sierpnia 2018*

## Rusza konkurs „Aktywny senior to bezpieczny senior”

Osoby starsze bardzo często narażone na działania ze strony przestępców i oszustów. Dlatego MSWiA ogłosiło konkurs „Aktywny senior to bezpieczny senior”, którego celem jest zwrócenie uwagi na bezpieczeństwo seniorów, w szczególności w zakresie reagowania na zagrożenia.

## Pomoc miejskich asystentów i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych obiecuje kandydat na prezydenta stolicy



**P**  
Z Polityka Zdrowotna  
kontakt@politykazdrowotna.com

0  
Lubię to!

0  
Udostępni

Tweet

G+

0

Udostępni

Kolejny kandydat na prezydenta stolicy przedstawił elementy programu związane z ochroną zdrowia. Stawia m.in. na utworzenie w każdej dzielnicy Lokalnych Ośrodków Wsparcia, oferujących pomoc dostosowaną do potrzeb oraz wzmocnienie roli i możliwości działania miejskich asystentów i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych.

**Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju - powołanie Rady ds. Dostępności do 12. 2018 – zmiana 100 aktów prawnych ograniczających aktywność niepełnosprawnych i starszych.**

**Myśląc i postrzegając globalnie działajmy regionalnie...**

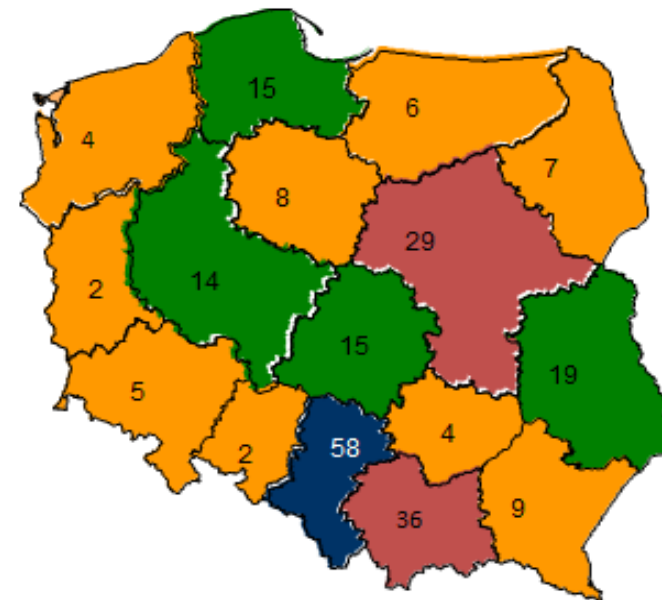
# BAZA opieki GERIATRYCZNEJ w okresie 2010 – 2014 – 2016/17

## ŁÓŻKA w ODDZIAŁACH GERIATRYCZNYCH



674 → 776 → 950

## LEKARZE GERIATRZY



233 → 321 → 400 (200 bez pracy w specj.)

**Ocena systemu opieki geriatrycznej wg NIK w 2015** : *niedostosowany do potrzeb populacji - świadczenia pozostają zdezintegrowane, rozproszone i niespójne. System nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego - powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania potrzeb. Geriatria wymaga pilnego określenia jej miejsca w systemie ochrony zdrowia.*



 Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach

WOJEWODA ▾ URZĄD ▾ MEDIA I PATRONATY ▾ KONTAKT ▾ BIURO

Wydział Rodziny i Polityki Społecznej

Wydział Rodziny i Polityki Społecznej

Archiwalna Strona Wydziału

Program "Dobry Start" dla ucznia

Aktualności ▾

Nagrody specjalne Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej za osiągnięcia i nowatorskie rozwiązania w zakresie pomocy społecznej w 2018 roku.

Program Opieka 75+

## 75+ OPIEKA

Zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych zamieszkałych na terenach małych gmin do 20 wyzwania, jakie stawiają przed Polską zachodzą

POMOC SPOŁECZNA	PRZECIWOZIAŁANIE PRZEMOCY W RODZINIE	ZATRUDNIENIE SOCJALNE	PIECZA ZASTĘPCZA	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ośrodki Pomocy Społecznej</li> <li>Powiatowe centra pomocy rodzinie</li> <li>Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku</li> <li>prowadzonym w ramach działalności statutowej lub gospodarczej</li> <li>Jednostki specjalistycznego poradnictwa</li> <li>Placówki udzielające tymczasowego schronienia</li> <li>Domy pomocy społecznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Osoby nadzorujące działanie służb z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie</li> <li>Podmioty oraz organizacje pozarządowe świadczące usługi dla osób i rodzin dotkniętych przemocą w rodzinie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centra Integracji Społecznej (CIS)</li> <li>Kluby Integracji Społecznej (KIS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Placówki instytucjonalnej pieczy zastępczej</li> <li>Placówki Wsparcia Dziennego</li> <li>Ośrodki Adopcyjne</li> <li>Rejestr wolnych miejsc w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnym ośrodku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zakłady aktywności zawodowej - stan na 31.12.2017r.</li> <li>Zakłady pracy chronionej - stan na 31.12.2017r.</li> <li>Rejestr ośrodków uprawnionych do przyjmowania kandydatów do rehabilitacyjnych</li> <li>Rejestr organizatorów turnusów rehabilitacyjnych</li> </ul>

• Domy pomocy społecznej

• Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku prowadzonym w ramach działalności statutowej lub gospodarczej

(Dz DP 2542 )

DPS PUB. 9002 + PRIV 3152 = 12 154

ZPO 1377 + ZOL 2332 + ZOL p 795 + HOSP 260 = 4 764

Σ 16 918

# **Nawet najlepsze szkolenia i standardy nie poprawią jakości opieki senioralnej, jeżeli pozostaną na papierze...**

## **Rekomendacje Autora:**

- 1. Finansowanie świadczeń dla chorych z wielochorobowością, pozostających pod opieką szpitalną i instytucjonalną, wymaga dla zabezpieczenia standardów jakościowych dodatkowego ubezpieczenia dedykowanego osobom niesamodzielnym.**
- 2. Intensyfikacja edukacji gerontologicznej w różnych obszarach ochrony zdrowia jest potrzebą chwili i pozwoli na realizację COG ( całościowej oceny geriatrycznej ) lub jej elementów .**
- 3. Przywrócenie istnienia oddziałów geriatryi na poziomie I i II placówek sieci szpitali pozwoli na odblokowanie nauczania geriatryi jakie wprowadziła sieć szpitali.**
- 4. Wycena procedur geriatrycznych w Oddziałach i Poradniach Geriatrycznych oraz świadczeń w ZOL i ZPO wymaga urealnienia.**
- 5. Nie wystarczająco prowadzony jest nadzór nad polityką jakości opieki w szpitalach, ZOL, ZPO, DPS i prywatnych ośrodkach opieki.**
- 6. Wprowadzanie nowych rodzajów pomocy i wsparcia środowiskowego z użyciem form dziennych wymaga dalszego rozwoju i intensyfikacji.**
- 7. Nie realizowany jest program niwelowania różnic w dostępie do opieki senioralnej w różnych regionach kraju.**
- 8. Mapy Potrzeb Zdrowotnych do tej pory nie uwzględniają opieki długoterminowej i geriatrycznej.**
- 9. Nadal nie stworzono w NFZ katalogu geriatrycznego uwzględniającego ocenę wielochorobowości.**
- 10. Powszechnie dyskutowane jest powołanie Departamentu Polityki Senioralnej w MZ integrującego działania z MRPiPS oraz wprowadzenie powiązanego zakresu obowiązków z obszarem polityki senioralnej, osobie pozostającej w randze pozwalającej na monitorowanie zmian przez Premiera Rządu.**
- 11. Za istotne należy uznać: uruchomienie krajowego Programu „Alzheimerowskiego, ” w tym zmianę obniżonej wyceny diagnozowania i leczenia otępienia z 19.12.2013r. oraz poszerzenie wystawiania recepty dla osób 75+ w gestii innych lekarzy niż tylko lekarze rodzinni.**
- 12. Poprawie powinny ulec standardy organizacyjne IP i SOR pod kątem obsługi osób starszych.**