

„KONTROLE PAŃSTWOWE JAKO DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE POLITYKĘ SENIORALNĄ”

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) jako najwyższy organ kontroli w państwie - sprawdza opracowane i wdrażane dziedziny polityki w zakresie różnych zadań państwa, tudzież wskazuje na brak takowych. I nie jest rolą NIK tworzenie jakiegokolwiek polityki, ale pomoc władzom publicznym w konstruowaniu polityki państwa czy też systemów – inaczej mówiąc – pomoc w tworzeniu logicznych i skoordynowanych działań, które mają określone cele.

Z tego tytułu NIK podejmuje także kontrole obszarów i problemów, które dotyczą różnych grup społecznych, kształtowania działań mających sprostać wyzwaniom czasów czy wycinkowych zadań życia społeczno – gospodarczego.

I w tej konwencji, jednym z obszarów, którego zbadania podjęła się Najwyższa Izba Kontroli w roku 2014 – 2015 była sytuacja osób w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej.

Powszechnie wiadomo już, że współczesne procesy demograficzne cechuje szybkie starzenie się społeczeństw. W Polsce, populacja osób w wieku powyżej 65. roku życia dziś stanowi ok. 14,7%, a w roku 2035 będzie to już 23%. Prognozy wskazują także, iż szybko przybędzie osób dożywających późnej starości. Pojawia się tzw. „fenomen podwójnego starzenia” – czyli szybki wzrost w grupie osób powyżej 60 roku życia tych, którzy mają 80 lat lub więcej. I tak w roku 1999 osiemdziesięciolatkowie w grupie osób powyżej 60 r.ż. stanowili 12%, a w 2050 roku ten udział wyniesie 29%. Jak widać w naszym społeczeństwie, przy słabych wskaźnikach dzietności wyraźnie przybywa osób starszych, a zwłaszcza tych dożywających późnej starości.

W późnej starości występują przede wszystkim choroby zależne od wieku (zwyrodnieniowe, neurodegeneracyjne czy zapalne). I tak też zmienia się ogólna struktura chorób na świecie. Szacunki wskazują, że w latach dwudziestych obecnego wieku o połowę mniej będzie zachorowań na choroby zakaźne, a wzrośnie liczba przypadków chorób neuropsychiatrycznych i niezakaźnych przewlekłych¹.

Ponadto starzenie się społeczeństw i postęp w medycynie powodują wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego oraz stanowią również wyzwanie organizacyjne dla systemów opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej.

Specjaliści wskazują na nagłą potrzebę kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku opartą o dobrą współpracę z równie dobrze zorganizowanym zabezpieczeniem socjalnym.

W zakresie opieki medycznej dziedziną, która integracyjnie zajmuje się problemami zdrowotnymi osób w podeszłym wieku, jest geriatryka. Jest to dziedzina medycyny, która zajmuje się zarówno zdrowiem, chorobami, jak i opieką czy pomocą dla osób w podeszłym

¹ Murray CJ, Lopez AD. Evidence – based health policy – lesson from the Global Burden of Disease Study. Science 1996; 274 (5288): 740 – 743.

wieku. Geriatria obejmuje problemy zarówno fizyczne, psychiczne, jak i funkcjonalne czy społeczne starszych pacjentów. Pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego z poszanowaniem odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwoju człowieka. Ma oferować swoim pacjentom holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców. A takie efekty można osiągnąć w ramach dedykowanego geriatry SYSTEMU, na który powinny składać się oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne, multidyscyplinarne zespoły szpitalne obsługujące inne niż geriatryczne oddziały oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i domowej, zapewniające także wsparcie starszym pacjentom i ich rodzinom w warunkach odmowych.

Tak w wielkim skrócie przedstawia się nakreślony przez specjalistów obraz medycyny wieku podeszłego i organizacji systemu tej opieki. Takie wytyczne przedstawili specjaliści Najwyższej Izbie Kontroli w czasie panelu ekspertów przed rozpoczęciem kontroli pt. „*Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*”.

I właśnie m. in. z uwagi na szybko zmieniającą się sytuację demograficzną, wymuszającą zainteresowanie problemami osób w podeszłym wieku oraz sygnalizowane zewsząd problemy dotyczące opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, NIK podjęła kontrolę mającą ocenić funkcjonowanie opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku.

Sprawdzaliśmy jak Minister Zdrowia, odpowiedzialny za system opieki medycznej w naszym Kraju kształtuje politykę zdrowotną dotyczącą opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Jak wygląda kształcenie kadry specjalistów do realizacji tej polityki i jak funkcjonuje współpraca z innymi podmiotami w zakresie opieki nad osobami starszymi.

W Narodowym Funduszu Zdrowia sprawdziliśmy jak wygląda wycena, planowanie i finansowanie oraz zapewnienie dostępu do świadczeń adresowanych do osób w podeszłym wieku.

Natomiast w podmiotach świadczeniodawców sprawdzaliśmy sposób organizowania świadczeń udzielanych osobom w podeszłym wieku, jak i prawidłowość realizowania umów zawartych z NFZ czy współpracę z innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej w tym zakresie. W sumie kontrolą objęto 14 różnych jednostek.

Niestety ustalenia tej kontroli nie napawają optymizmem.

Kontrola NIK przeprowadzona w latach 2014 – 2015, obejmująca okres od 1 stycznia 2011 r. do zakończenia czynności kontrolnych 3 listopada 2014r. wykazała, że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, a także brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandardyzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej², przyjętej przez RM w roku 2013, nie były realizowane w badanym okresie. Przygotowanie ogólne lekarzy do opieki nad osobami w podeszłym wieku było i chyba nadal jest niedostateczne – brakuje także lekarzy

² Rada Ministrów, zauważając istotność i złożoność problemów wynikających ze zmian demograficznych, podjęła Uchwałę Nr 238 z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014 – 2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118).

geriatrów. A obecny system rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych (JGP) stanowi kolejną barierę w rozwoju oddziałów geriatrycznych.

Dostępność do opieki geriatrycznej w latach objętych kontrolą pogorszyła się. Zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani byli bez konieczności oczekiwania. W tamtych latach wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Dostęp do świadczeń geriatrycznych w okresie prowadzonej kontroli wykazał duże zróżnicowanie terytorialne. Np. w województwie warmińsko-mazurskim nie było ani jednego szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, również żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ. Natomiast najwyższą wartość świadczeń w zakresie 'geriatria,' zrealizowanych w lecznictwie szpitalnym, zanotowano w województwie śląskim.

Opracowane przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii, „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”³ nie zostały wprowadzone przez Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa⁴, przez co ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia starszych pacjentów, był ograniczony.⁵ Minister Zdrowia nie miał wprawdzie, wynikającego z prawa obowiązku wydania, na podstawie ustawy o działalności leczniczej, rozporządzenia wymuszającego powszechne stosowanie *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*, tym niemniej NIK zwraca uwagę, że wydanie takiego dokumentu mogłoby korzystnie wpłynąć na poprawę opieki nad osobami starszymi.

Wielowymiarowa, interdyscyplinarna procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która służy precyzyjnemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, a także optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego (tego w starszym wieku z wielochorobowością) prowadzona przez zespół geriatryczny, miała niewielkie zastosowanie, i to wyłącznie w opiece szpitalnej. Skala VES – 13, służąca do kwalifikowania pacjentów powyżej 60 roku życia do opieki geriatrycznej, nie była wykorzystywana w podstawowej opiece zdrowotnej.⁶

Liczba specjalistów geriatry, stanowiących podstawę tworzenia systemu opieki geriatrycznej - znacznie odbiegała od standardów europejskich.⁷ W Polsce na dzień 31 sierpnia 2014 roku było 321 specjalistów w dziedzinie geriatry (0,8/100 tys. mieszkańców) bardzo różnie rozmieszczonych na terytorium kraju (0,3/100tys. mieszk. w woj. Opolskim – do 1,46/100tys. mieszk. w woj. Małopolskim). Wykłady z geriatry prowadzone były na uczelniach medycznych wyłącznie jako przedmiot fakultatywny. Natomiast zajęcia praktyczne w zakresie geriatry były prowadzone tylko w pięciu spośród jedenastu uczelni medycznych. Lekarzom POZ, do których w pierwszej kolejności trafiali pacjenci geriatryczni brakowało przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej.

³ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw geriatry (Dz.Urż.MZ Nr 11, poz. 41), został powołany zespół opiniodawczo-doradczy. Następnie, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii, został powołany zespół do spraw gerontologii (Dz.Urż.MZ Nr 13, poz. 87 ze zm.).

⁴ Poprzez realizację delegacji ustawowej zawartej w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

⁵ Zostały jedynie opublikowane na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33-47).

⁶ http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf

⁷ Przykładowo dla Szwecji wskaźnik ten wynosi 7,8, dla Austrii – 7,4, dla Czech – 1,5.

Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów leczenia pacjentów po 60 r. ż., w podziale na trzy grupy wiekowe, NIK stwierdziła, iż leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne jest dla płatnika publicznego tańsze – jednostkowo o 1380 zł na pacjenta, w ciągu roku po wyjściu ze szpitala - niż leczenie porównywalnych pacjentów po pobycie na oddziałach chorób wewnętrznych. Ma to szczególnie duże znaczenie również w obliczu zachodzących zmian demograficznych i rosnącego udziału pacjentów w wieku podeszłym w całym systemie ochrony zdrowia.

U pacjenta w podeszłym wieku bardzo często występuje wiele schorzeń na raz. A w obowiązującym systemie JGP nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością. Rodzi to sprzeczność między zasadami postępowania medycznego a warunkami ekonomicznymi – bo leczenie zgodnie z zasadami sztuki medycznej prowadzi do strat dla szpitala, a ograniczanie świadczeń z tytułu racjonalizacji wydatków szkodzi pacjentowi.

W NFZ planowanie finansowania świadczeń dla zakresu 'geriatria' nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług. A np. uaktualnienie wyceny jednej z ważnych dla geriatry grup JGP (A35) odbyło się bez konsultacji z geriatrami i spowodowało zmniejszenie możliwości rozliczania części przypadków bez spełnienia wygórowanych, nie zawsze korzystnych dla pacjenta warunków.

W sytuacji braku systemu oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, świadczeniodawcy próbowali stawiać na wysokości zadania. W ramach własnych możliwości tworzyli bazę łóżek geriatrycznych oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną wykorzystując nieopublikowane urzędowo standardy opieki geriatrycznej wypracowane przez powołany przy Ministrze Zdrowia zespół ekspertów.

Tak w skrócie wyglądają ustalenia przeprowadzonej w latach 2014 – 2015 kontroli NIK.

To smutny obraz opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, który z tego co wiemy dziś chyba już nieznacznie się zmienił. Mam nadzieję, że również ta kontrola przyczyniła się nieco do tego, że w opiece nad starzejącym się pacjentem „coś drgnęło”.

Mali pacjenci – do 18 roku życia – z uwagi na specyfikę tego okresu rozwoju człowieka mają odrębny system opieki medycznej – czyli pediatrię. Wydaje się zasadne, by osoby w podeszłym wieku, również z uwagi na inny niż u osób w pełni dojrzałych sposób funkcjonowania organizmu w schyłkowej fazie życia oraz nieco inny sposób podejścia do chorób występujących w tym okresie życia, również powinni mieć wyłoniony w opiece medycznej jakiś „swój” obszar.

Zainteresowanie przedstawioną wyżej kontrolą i potrzeby osób starszych spowodowały, że Najwyższa Izba Kontroli podjęła kolejne kontrole dotyczące tej grupy społecznej.

W roku 2015 Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK przeprowadził kontrolę pt. „Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty”. Informacja o wynikach tej kontroli jest dostępna publicznie.

Kontrola dotyczyła sprawdzenia czy i jak jednostki samorządu terytorialnego zapewniają starszym osobom usługi opiekuńcze w miejscu ich zamieszkania lub pobyt w domach pomocy społecznej na poziomie obowiązujących standardów usług.

Kontrola została przeprowadzona w roku 2015 i objęła lata 2012 – 2014. Dotyczyła 7 powiatowych centrów pomocy rodzinie, jednego starostwa powiatowego prowadzącego ponadgminny DPS, 6 gminnych i miejskich ośrodków pomocy społecznej i 13 DPS. Zasięgnięto również informacji w 44 jednostkach nieobjętych kontrolą w zakresie sprawowanego nadzoru i uwarunkowań z tym związanych.

Sprawdzano finansową działalność DPS oraz sprawowanie nad nimi nadzoru, a także ustalanie miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca DPS. W Ośrodkach pomocy społecznej sprawdzono dostępność ustawowych form pomocy osobom starszym oraz prawidłowość realizowanych usług, sposób kierowania osób do DPS, a także wymagane standardy usług świadczonych mieszkańcom DPS.

Ustalenia tej kontroli wskazują, że w badanych placówkach, w okresie objętym kontrolą prawie wszystkie osoby starsze potrzebujące wsparcia, które wystąpiły (!) o przyznanie świadczeń opiekuńczych otrzymały pomoc, a miejsca w DPS przyznano 90% ubiegających się o nie osobom.

Natomiast z ustaleń kontroli wynika także, iż samorzady nie tworzyły własnych systemów pomocy alternatywnych do DPS, choć ustawa o pomocy społecznej przewiduje możliwość tworzenia różnych form takiej pomocy - np. środowiskowe domy samopomocy, mieszkania chronione, rodzinne domy pomocy czy domy dziennego pobytu. Nie wykorzystywano do kształtowania polityki gmin wobec osób starszych, z racji na ich lakoniczność, lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych. Nie określano ram finansowych planowanych działań ani nie ustalano wskaźników umożliwiających ocenę i postęp realizacji działań długofalowych.

I w związku z takim traktowaniem alternatywnych systemów wsparcia osób starszych i oparcia się, poza DPS, na usługach opiekuńczych, szybko rosły wydatki związane z pobytem osób w DPS. W latach 2011 – 2014 wydatki gmin z tego tytułu wzrosły o 52% (z 680 mln zł do ponad 1 mld zł). A liczba pensjonariuszy DPS, w tych latach, w placówkach objętych kontrolą, wzrosła o ok. 38% (z 1080 do 1494).

W roku 2014, w kontrolowanych ośrodkach pomocy społecznej wydatki na jedną osobę przebywającą w DPS wyniosły średnio 16,3 tys. zł (1358 zł/mies.), a dla osób korzystających z usług opiekuńczych było to 4,2 tys. zł (350 zł/mies.) – czyli prawie cztery razy mniej. I nie było to impulsem dla samorządów, by budować własne zróżnicowane systemy usług opiekuńczych.

Ponadto NIK zwróciła uwagę, że część osób kwalifikujących się do pobytu w DPS przebywała w zakładach opiekuńczo – leczniczych (ZOL), głównie z uwagi na odmienne zasady odpłatności. Pobyt osoby w DPS wymusza na członkach rodziny obowiązek alimentacyjny, którego nie ma w ZOL. Zatem rodziny są zainteresowane umieszczeniem niesamodzielnej osoby starszej w ZOL, podobnie jak gminy, ponieważ nie muszą ponosić wydatków związanych z pobytem osoby starszej w DPS. Skala tego zjawiska jest trudna do oszacowania i może wynosić od 20% nawet do 80%.

Takie zróżnicowanie odpłatności za pobyt w DPS versus ZOL nie znajduje uzasadnienia i wymaga ujednoczenia. Ale wtedy może się okazać, że w DPS zabraknie miejsca, między innymi dlatego, że władze powiatów odpowiedzialne za rozwój ponadgminnych DPS w zasadzie nie realizowały tego zadania z uwagi na szczupłość środków. W latach 2011 – 2014 przybyło w Polsce tylko około 500 nowych miejsc w DPS.

Budżety DPS obciążają głównie koszty personelu, które są stałe i wynikają z obowiązujących standardów zatrudnienia w takich placówkach.

Natomiast w niepublicznych placówkach, których liczba w latach 2011- 2014 wzrosła ze 196 do 358, a liczba miejsc z 5,9 tys. do 11,4 tys. mają niższe wymogi w tym zakresie, choć też muszą spełniać określone standardy.

Mamy też w Polsce placówki prowadzące całodobową opiekę nad osobami starszymi, które nie są ujęte w statystyki tego rodzaju, ponieważ prowadzą działalność bez wymaganego zezwolenia, jedynie w ramach działalności gospodarczej, jako np. działalność agroturystyczną lub prowadzenie pensjonatu, tudzież miejsc krótkotrwałego zakwaterowania. Np. w woj. mazowieckim na 150 placówek prowadzonych w ramach działalności gospodarczej przez podmioty niepubliczne tylko 57% (tj. 86 placówek) posiadało stosowne zezwolenia wojewody i zostało wpisanych do rejestru.

Z kolei w zakresie świadczenia usług opiekuńczych osobom starszym, w badanych placówkach i czasie objętym kontrolą, gminy przyznały je prawie wszystkim ubiegającym się, co nie oznacza, że wszyscy potrzebujący wiedzieli o takiej możliwości (np. w dużych aglomeracjach miejskich osoby, które mają trudności w poruszaniu się czy kłopoty z samooceną mogą nie wiedzieć o takich możliwościach). Kolejnym problemem jest jakość tych usług. Najczęstszym kryterium wyboru wykonawcy takich usług jest cena, ponieważ nie określono żadnego zakresu świadczenia takich usług i nie zostały określone żadne standardy tych usług.

Jak wspomniałam wcześniej, rosnącej liczbie osób starszych wymagających wsparcia nie towarzyszył rozwój innych form opieki, których koszty są zdecydowanie niższe od kosztów pobytu w DPS. Zanoowano wprowadzić wzrost środowiskowych domów pomocy, rodzinnych domów pomocy czy mieszkań chronionych, ale miejsca w nich są przyznawane głównie osobom opuszczającym placówki opiekuńczo – wychowawcze, schroniska czy zakłady poprawcze. Tylko sporadycznie dotyczy to osób starszych (wyjątkiem były tu Kielce, gdzie od roku 2012 w trzech budynkach zorganizowano 63 mieszkania chronione dla osób starszych i niepełnosprawnych ubiegających się o przyznanie lokalu z zasobów miasta).

Jak widać w tej materii jest sporo jeszcze do zrobienia. I na to wskazują ustalenia kontrolne Najwyższej Izby Kontroli. To jest nasz udział we wspieraniu budowy systemów i rozwiązań sprzyjających poprawie sytuacji różnych grup społecznych, w tym wypadku osób w podeszłym wieku.

W trakcie realizacji są jeszcze dwie inne kontrole, które dotyczą sytuacji osób starszych. Obie powinny być gotowe na przełomie roku 2016/2017. I z tego tytułu, nie mogę przytoczyć ich ustaleń.

Jedną kontrolę prowadzi Delegatura NIK w Katowicach. Kontrola dotyczy opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia ich rodzin.

Natomiast drugą realizuje Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK. Jest to kontrola, która ma ocenić jak wygląda opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy.

Maria Smereczyńska,
doradca techniczny,
Departament Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK

Warszawa, 13 września 2016 r.