

# **Polityka senioralna w okresie 2010-2018 a pozycja geriatry**

Dr n. med. Jarosław Derejczyk  
Konsultant wojewódzki z geriatry dla woj. śląskiego

Warszawa – Biuro RPO 07. 06. 2018 r.

# Obszary określające funkcjonowanie osoby starszej

WYDOLNOŚĆ  
OPIEKUNCZA  
RODZINY

CAŁOŻYCIOWA EDUKACJA  
AKCEPTOWANA  
STANEM ZDROWIA

CZAS  
WOLNY/POTRZEBY  
DUCHOWE/  
AKTYWNOŚCI/  
UCZESTNICTWO

ZARZĄDZANIE  
FINANSAMI  
PUBLICZNYMI

BEZPIECZEŃSTWO  
W ŚRODOWISKU  
POBYTOWYM

ZDROWIE  
DODANE DO LAT/  
DOSTĘP DO DGN I  
TERAPII/POSTAWA  
DO ŻYCIA w  
SPOŁECZEŃSTWIE

SIECI RODZINNO  
SPOŁECZNE  
- OPIEKA

**STARSZY  
CZŁOWIEK**



BEZPIECZEŃSTWO  
EKONOMICZNE/  
SOLIDARNOŚĆ  
SPOŁECZNA

PRZESTRZEŃ  
PUBLICZNA /  
NIWELOWANIE  
ZAGROŻEŃ

ŚRODKI PRIV.

ORG. POZARZĄDOWE

# 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)

<b>Dzieci 0-14</b>	<b>Dorośli ≥65+</b>	<b>Rok</b>
<b>1000</b>	<b>400</b>	<b>2000</b>
<b>1000</b>	<b>1019</b>	<b>2014</b>
<b>1000</b>	<b>1271</b>	<b>2020</b>
<b>1000</b>	<b>1966</b>	<b>2035</b>



....Analiza zależności czasu trwania hospitalizacji w JGP od chorób współistniejących. Współpraca z konsultantami krajowymi w celu określenia najczęstszych i mających znaczący wpływ na zwiększenie kosztów hospitalizacji chorób współistniejących. W poszczególnych obszarach katalogu JGP działania w kierunku **wydzielenia grup** z warunkiem ściśle określonych chorób współistniejących, powikłań i czasu hospitalizacji....



## Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ

**Leszek Szalak**

p.o. Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej

### 5 lat funkcjonowania JGP i przyjęte kierunki zmian

Daniel Rutkowski  
p.o. Naczelnika

Wydziału Strategii, Analiz i Rozwoju Systemu JGP  
Centrala NFZ

**2012**



# System JGP stosowany przez NFZ w procesie rozliczenia kontraktów ze szpitalami wymaga ściślejszego monitorowania dostępności i efektywności procedur medycznych; dane z Katalogu JGP ( [www.katalogjgp](http://www.katalogjgp)) i baz danych NFZ. Czy dane są wykorzystywane dla dobra pacjentów ?

Czy w oparciu o tak agregowane dane możemy ich użyć do opracowania Map Potrzeb Zdrowotnych – poniżej spadająca częstość zabiegów operacji biodra związanych z upadkami i osteoporozą, co może potwierdzać przesunięcie aktywności świadczeniodawców w kierunku procedur planowych - wysokopłatnych.

H04 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra\*

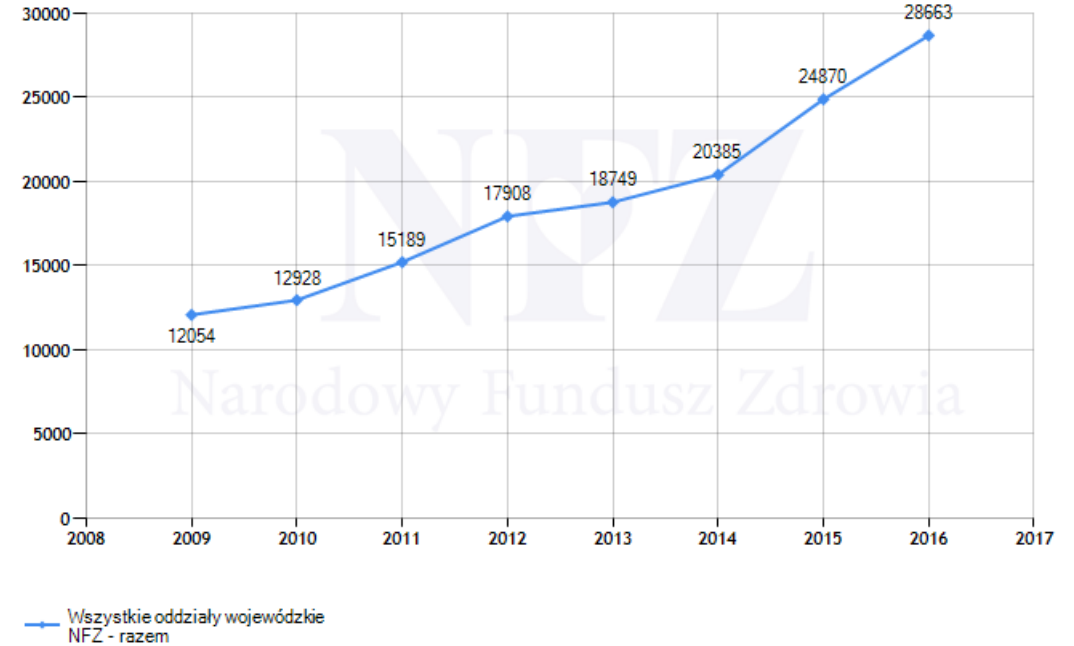
Liczba hospitalizacji



<b>Wartość hospitalizacji</b>	<b>8,740 PLN (2009)</b>	<b>9,131 PLN (2016)</b>
<b>Przyjęcie nagle</b>	<b>58% (2009)</b>	<b>79% (2016)</b>
<b>Złamanie biodra</b>	<b>51% (2009)</b>	<b>78% (2016)</b>
<b>Umieralność</b>	<b>2,3% (2009)</b>	<b>3,4% (2016)</b>
<b>Chorzy &gt; 81 r.ż.</b>	<b>30% (2009)</b>	<b>56% (2016)</b>
<b>Konsult. specj.</b>	<b>1,1% (2009)</b>	<b>4,3% (2016)</b>

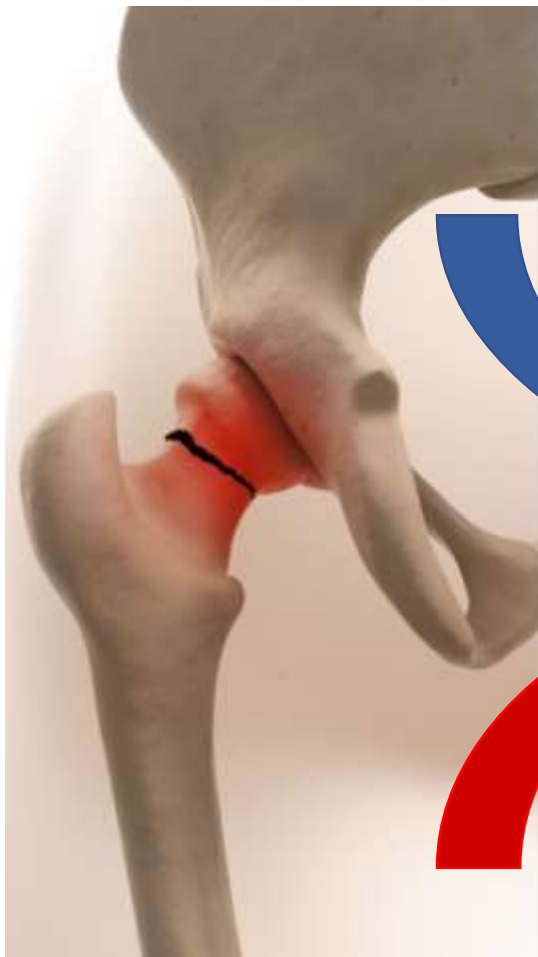
H06 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego \*

Liczba pacjentów



<b>Wartość hospitalizacji</b>	<b>19,564 PLN (2009)</b>	<b>19,859 PLN (2016)</b>
<b>Przyjęcie nagle</b>	<b>13% (2009)</b>	<b>9% (2016)</b>
<b>Rekonstr. biodra</b>	<b>80,8% (2009)</b>	<b>72,3% (2016)</b>
<b>Umieralność</b>	<b>0,1% (2009)</b>	<b>0,2% (2016)</b>
<b>Chorzy &gt; 81 r.ż.</b>	<b>3,6% (2009)</b>	<b>5,4% (2016)</b>
<b>Konsult. specj.</b>	<b>0% (2009)</b>	<b>2,8% (2016)</b>

# BRAK W POLSCE STANDARDU ORTOGRIATRYCZNEGO – wprowadzanego w EUROPIE



Rycina 4. Złamanie szyjki kości udowej zaopatrzone śrubami szyjkowymi  
Figure 4. Femoral neck fracture treated with cannulated screws



Rycina 5. Złamanie szyjki kości udowej zaopatrzone protezą połowiczną bipolarną  
Figure 5. Femoral neck fracture treated with bipolar hemiarthroplasty



Rycina 7. Złamanie przezkątarszowe kości udowej zaopatrzone gwoździem śródszpikowym  
Figure 7. Intertrochanteric fracture of the femur treated with intramedullary nail



Rycina 8. Złamanie przezkątarszowe kości udowej zaopatrzone metodą DHS  
Figure 8. Intertrochanteric fracture of the femur treated with Dynamic Hip Screw (DHS)



**PROCEDURY STANDARDU ORTOGERIATRYCZNEGO:** Czas oceny lekarskiej na IP 15-30 min; nadzór nad leczeniem prz. bólowym; edukacja chorego przed zabiegiem; czas oczekiwania na zabieg 6 – 36 h; znieczulenie powięzi głębokiej na IP; dostęp do kons. geriatrycznej; % wczesnej rehabilitacji w Od. Ortopedycznym

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 .....

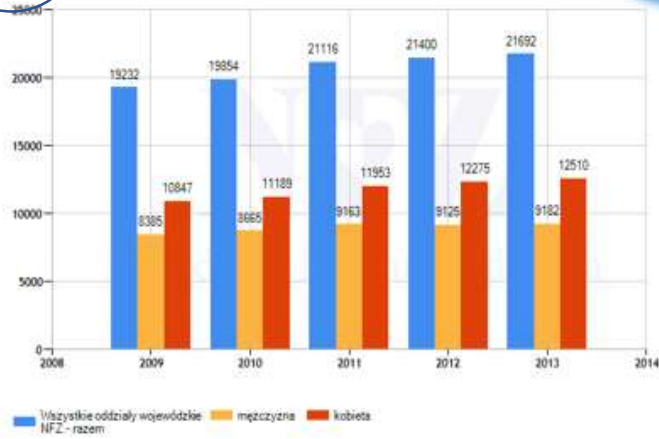
CHOROBY NEUROZWYRODNIENIOWE - ODBICIE ZMIAN EPIDEMIOLOGICZNYCH w okresie 2009 - 2013

4

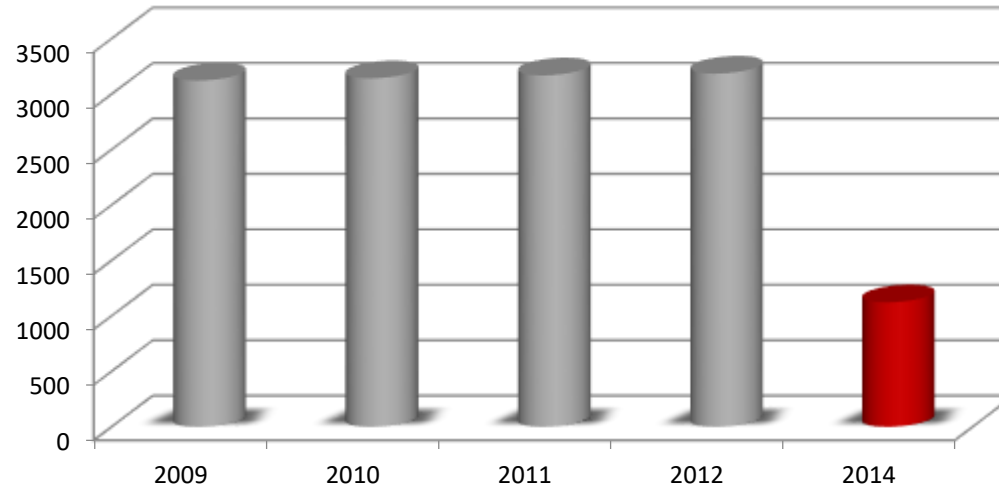
A35 - Choroby zwyrodnieniowe OUN  
Liczba wystąpień

21692

2



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



3

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

Warszawa, dnia ..... 2014 r.

CHOROBY NEUROZWYRODNIENIOWE - OGRANICZENIE MOŻLIWOŚCI ROZLICZENIA od 2014 r.

5

A35C - Choroby zwyrodnieniowe oun  
Liczba wystąpień

4507



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)

# Poland

## National Dementia Strategies

### Polish ombudsman receives draft national dementia plan

On 15 November 2013, representatives of the Polish Alzheimer's Association and the Polish Alzheimer Coalition held a conference at the request of the Office of the Polish Ombudsman. During the conference, they gave several presentations on the status of people with *dementia* and their caregivers in Poland. They also presented a conference report and a draft of the national Polish *dementia* plan to Ombudsman Professor Irena Lipowicz.

Prof Lipowicz will forward the report and the plan to the Minister of Health, along with an official request to take steps enabling adoption and implementation as soon as possible.

Last Updated: Tuesday 30 September 2014

### MORE ABOUT

#### National Dementia Strategies

1. Austria
2. Belgium
3. Bosnia and Herzegovina
4. Bulgaria
5. Cyprus
6. Czech Republic
7. Denmark
8. Finland
9. France
10. Germany
11. Gibraltar
12. Greece
13. Ireland
14. Israel
15. Italy
16. Luxembourg
17. Malta
18. Netherlands
19. Norway
20. **Poland**
21. Portugal

**Niedostateczny poziom diagnostyki i dostępu do terapii we wczesnych fazach otępienia w Polsce**

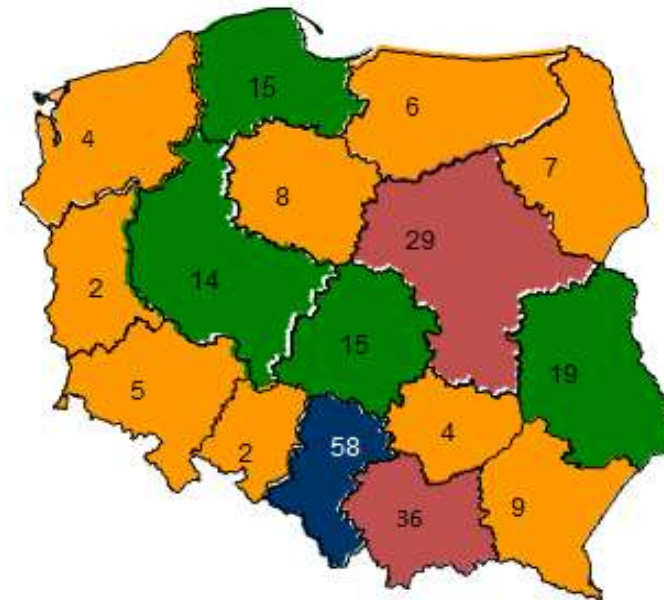
# BAZA opieki GERIATRYCZNEJ w okresie 2010 – 2014 – 2016/17

## 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.*

# 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 ?

## 2015 : przychody budżetu Funduszu 69 352 241 tys. zł

- Odpowiedź na pytanie sejmowej Komisji Polityki Senioralnej: Finansowanie leczenia w oddziałach geriatrycznych wzrosło z 67 mln zł w 2014 r do do **77,7** mln zł w 2015 r. To kwota **0,1 %**.
- Leczenie szpitalne pacjentów w wieku podeszłym odbywa się również w innych niż geriatryka zakresach świadczeń. **Grupy możliwe do realizacji w ww. zakresie pokrywają się z grupami dla zakresu choroby wewnętrzne.**
- W 2014 r. 30% osób korzystających z rehabilitacji opłacanej przez NF miało  $\geq 65$  lat. **70 % nie korzystało z rehabilitacji.**
- Plany odnośnie uruchomienia **NIG**.



Ministerstwo Zdrowia:  
więcej pieniędzy na  
geriatrię i opiekę  
długoterminową

# Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia

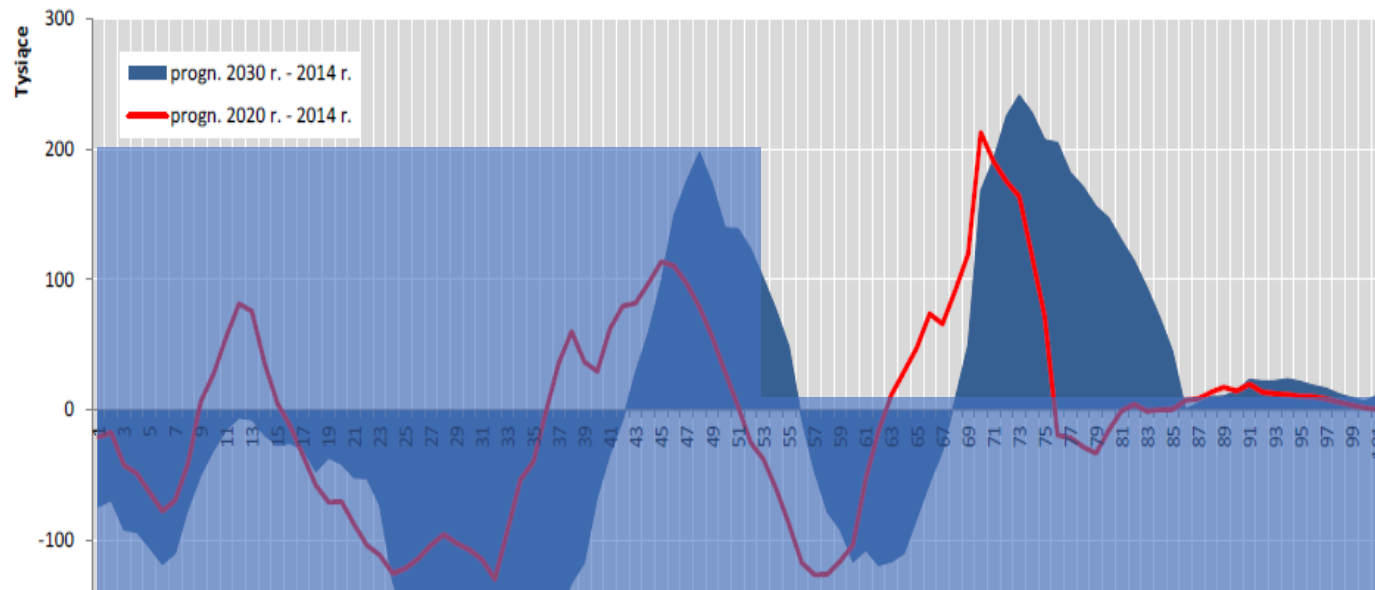
## Barbara Więckowska

Czerwiec 2016 r.

Choroby Wewnętrzne	zmiana liczby hospitalizacji w %	z	2014/2020	i	2014 /2030
			9,7%		29,9%
Geriatrya	zmiana liczby hospitalizacji w %	z	2014/2020	i	2014 /2030
			15,1%		50,5%



Ludność Polski w określonym wieku (tys.) - różnica w stosunku do 2014 r.



**Mapy Potrzeb Zdrowotnych.** Mapy wskazują, gdzie powinien być skierowany strumień inwestycji i jak powinna wyglądać struktura szpitalnictwa w Polsce. Jest to drogowskaz, na podstawie którego IOWISZ może precyzyjnie oceniać inwestycje.

**Określenie przez Mapy priorytetów w kontraktowaniu świadczeń przez NFZ.** Dzięki temu świadczenia zdrowotne będą zabezpieczone zgodnie z rzeczywistymi potrzebami. „Podstawą dla dalszego działania jest precyzyjna wiedza – kto i w jakim zakresie potrzebuje pomocy medycznej.

Branża	Łóżka	Lekarze	Leczeni
Choroby wewnętrzne	24 396	9191	1 057 450
Neurologia	7 836	2629	323 546
Psychiatria	5 702	2740	67 536
Geriatrya	950	400	23 871
Medycyna rodzinna		6 598	49 000 000

W resorcie zdrowia powstał kolejny Zespół. Tym razem zadaniem powołanych w jego skład ekspertów, ma być opracowanie zmian systemowych w ochronie zdrowia.

## Konstanty Radziwiłł / Piotr Gryza

1. Marek Balicki,
2. Wojciech Maksymowicz
3. Bolesław Piecha
  
4. Stanisława Golinowska
5. Stanisław Maćkowiak
6. Adam Kozierkiewicz
7. Maciej Piróg
8. Jolanta Szolno-Koguc
9. Tomasz Zdrojewski



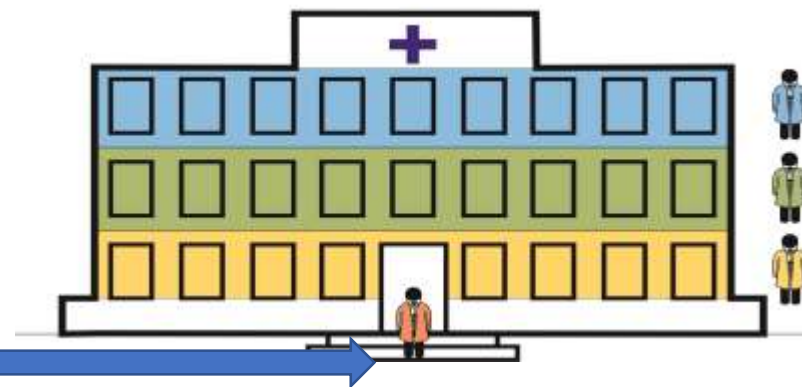
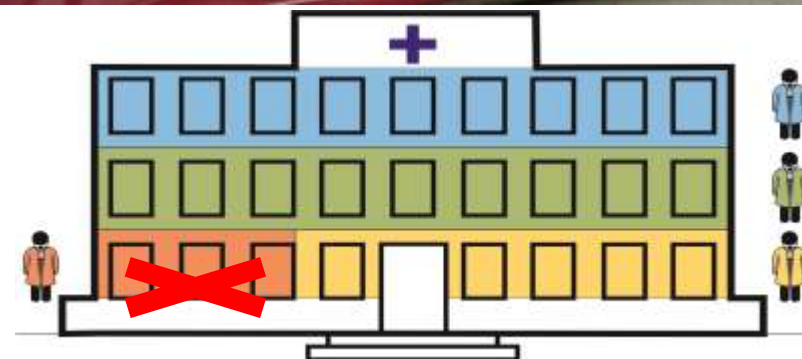
Zespół zakończy swoją działalność po przygotowaniu raportu zawierającego propozycje tych zmian, nie później niż w terminie 2 miesięcy od daty pierwszego posiedzenia.

# Styczeń – marzec 2016

Konstanty Radziwiłł powołał Zespół do opracowania zmian systemowych w ochronie zdrowia



COG



# PROPORCJE WŁAŚCICIELSKIE 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	244.8	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)



DEPARTAMENT POLITYKI  
SENIORALNEJ.16.08.2012

SOLIDARNOŚĆ  
POKOLEŃ 50+

REZYDENTURY dla GERIATRÓW -  
2014

PROGRAM  
ASOS



Ministerstwo Pracy  
i Polityki Społecznej

SENIOR WIGOR 2015

WSPIERANIE UTW

RADA DS. POLITYKI SENIORALNEJ

NIK

1999

2004 KCh - NFZ

WOŚP

SEJM, SENAT, SAMORZĄDY, NGO, UTW, RPO, MEDIA BRANŻOWE

ZESPÓŁ DS. GERONTOLOGII 2007 -  
2015

USTAWA O ZDROWIU  
PUBLICZNYM - PZH

USTAWA O SIECI SZPITALI 2017

PRIORYTET 2003; 2009

PROGRAM SENIORALNY /  
E- ZDROWIE

DEPARTAMENT PIEL. / CMKP

DDOM / RECEPTY  
75+



Ministerstwo Zdrowia

COG 2011

WZPS 2016

2015/2016

# CELE : MZ 2016 /2017

## 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.

Szerokie konsultacje społeczne wśród ekspertów i obywateli.

Prowadzenie rozmów o kształcie przyszłych reform i programów z tymi których one dotyczą.

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**

## Geriatrya +

Departament Zdrowia Publicznego MZ :

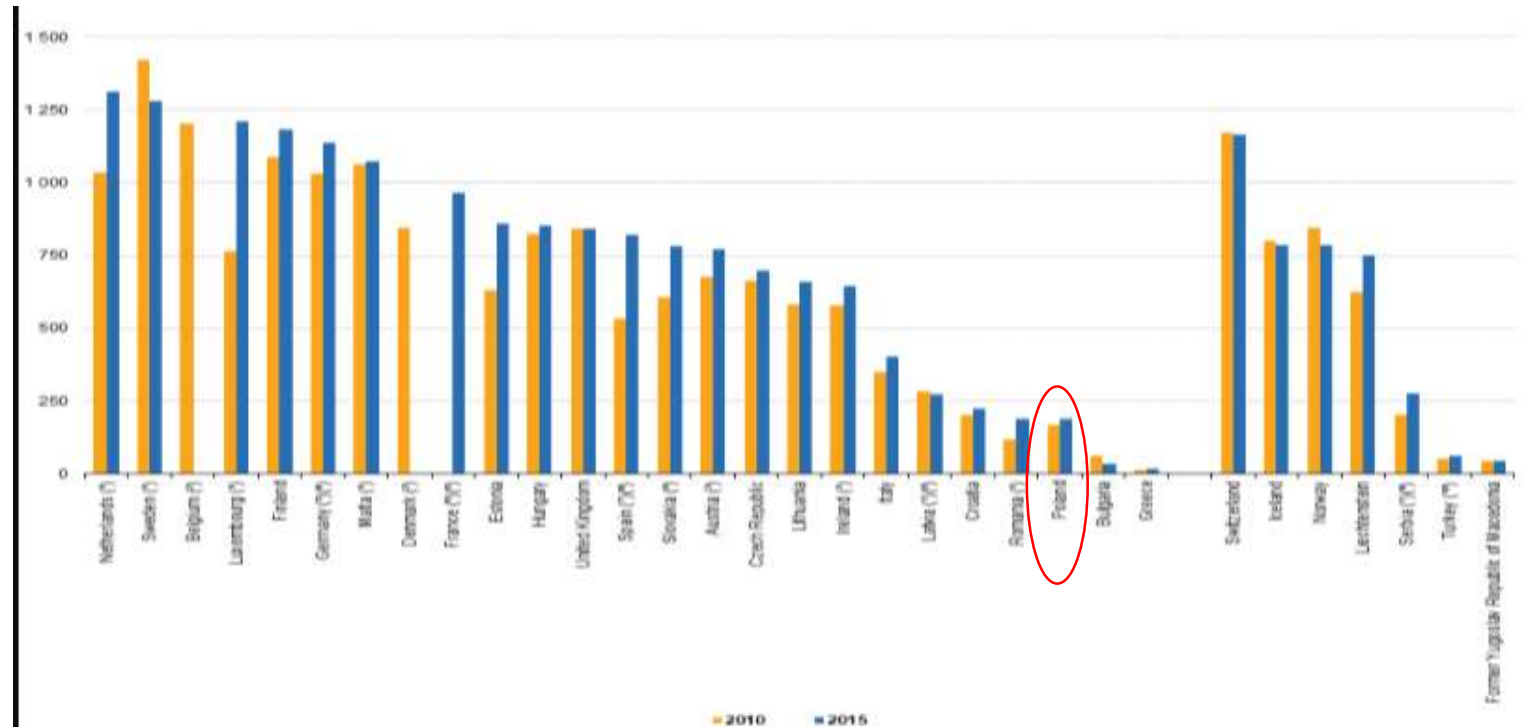
Dyrektorzy :

**Justyna Mieszalska**

**Dariusz Poznański**



**Nieproporcjonalnie duże obciążenie łóżek szpitalnych, chorymi wymagającymi opieki długoterminowej. W Polsce obserwujemy efekt wieloletnich zaniedbań ( nadal kontynuowanych) w planowaniu ilości łóżek LTC i ich finansowania, kadry i nauczania personelu medycznego z geriatryi; wyzwoliło to efekt flippera - chory z wielochorobowością krąży w systemie, który nie jest na niego przygotowany ( procedury ICD10, ICD9 w koszyku świadczeń „nie widzą” chorych geriatrycznych i „długoterminowych” ) przez to chory pozostaje w domu. Tworzone priv. placówki opiekuńcze wychwytyją zamożniejszych klientów. Część TIP postrzega geriatricę jako zagrożenie dla Interny.**



Note: Cyprus, Portugal and Slovenia: not available.  
 (\*) Break in the series.  
 (\*\*) 2015: not available.  
 (\*) 2009 instead of 2010.  
 (\*) 2009: estimate.  
 (\*) 2010: not available.  
 (\*) 2013 instead of 2015.  
 (\*) 2010: definition differs.  
 (\*) Excludes beds for palliative care.  
 (\*) 2014 instead of 2015.  
 (\*\*) 2011 instead of 2010. 2011: estimate.  
 Source: Eurostat (online data code: hlfh\_rs\_bdsns)

**Long-term care beds in nursing and residential care facilities, 2010 and 2015 (per 100 000 inhabitants)**

## 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

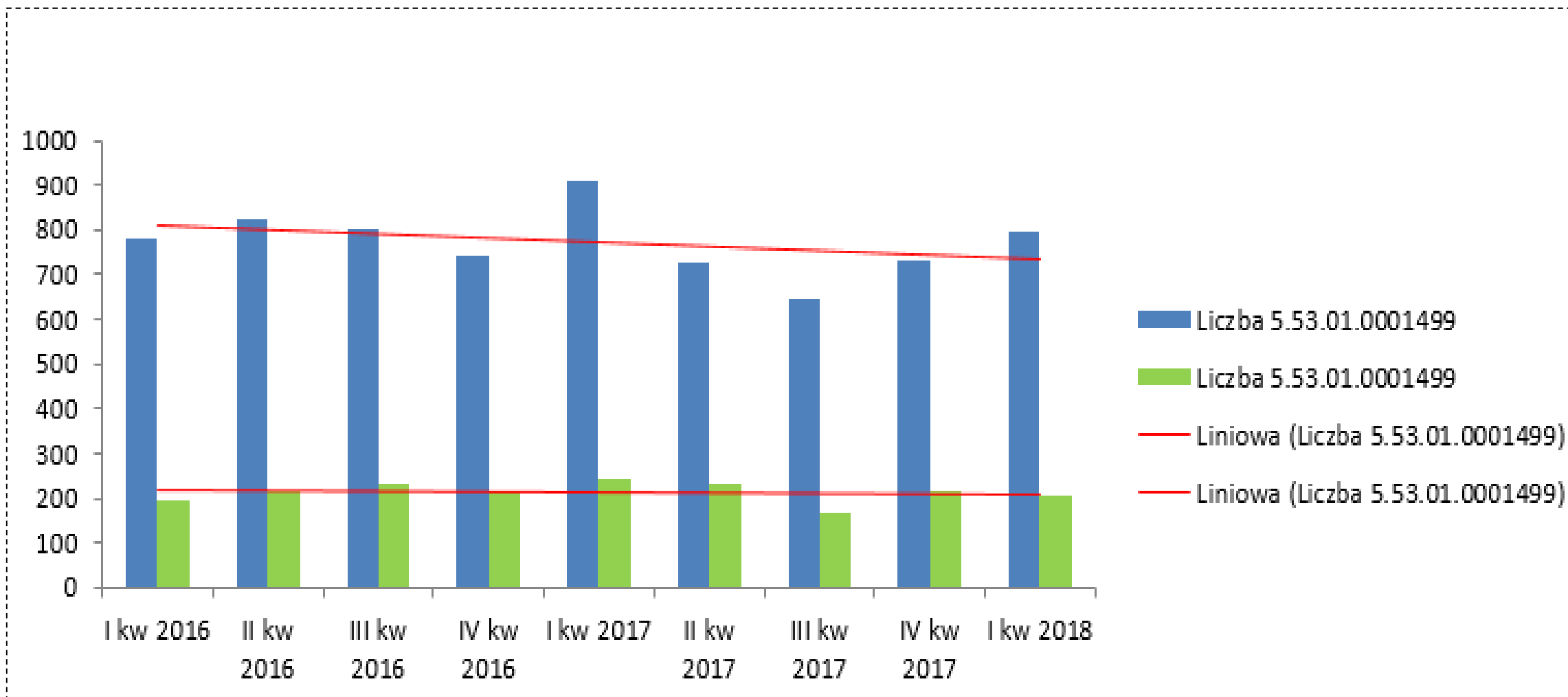
Wg. **PSYCHOGERIATRIA POLSKA** 2013;10(2):41-48

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**





**Ilość COG w populacji 85+( zielony kolor) i 60+ ( niebieski kolor ) w woj. śląskim w okresie 2016 – 2018**

Dane Śl OWNFZ

**NIEFEKTYWNE działania MZ i NFZ 2010 - 2018** . Rozciąganie w czasie prac nie będących odpowiedzią na istotne potrzeby chorych. ( nauczanie geriatry; wprowadzenie standardu opieki geriatrycznej; sterowanie strumieniem środków pieniężnych )

Oddziały i poradnie diagnostyki 1 - dniowej chorych na otępienie – 10 lat niestabilności- brak nadal.

Rehabilitacja geriatryczna – 10 lat nie podejmowania tematu przez NFZ i MZ.

Finansowanie ze środków UE i NOR. wielu rozporoszonych drobnych inicjatyw. ( badania przesiewowe na bardzo małych grupach, filmy edukacyjne, finansowane szkoleń )

Krajowy Plan Alzheimerowski – 7 lat bez wymiernych rozwiązań - inicjatywy „rozcieńczające „

Przeanalizowane przez AOTMiT rekomendacje/wytyczne kliniczne **nie zalecają wykonywania badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych u osób nie wykazujących objawów**, ponieważ czułość i swoistość obecnie dostępnych testów nie jest satysfakcjonująca w przypadku ich stosowania jako badań przesiewowych.

**POZYTYWNE działania.** W 2016 r. Minister Zdrowia ustalił pierwszy wykaz bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W 2017 r., na sfinansowanie leków 75+ zaplanowano kwotę o łącznej wysokości ponad 564 mln zł.

# Działania interwencyjne w miejsce planowania - ujawnienie czasu oczekiwania w kolejce - stymuluje decyzje.

■ wyborcza.biz

## Jak zrobić operację zaćmy w Czechach

Anna Popiołek 21 września 2017 | 03:25



Na refundowany zabieg usunięcia zaćmy już w ubiegłym roku czekało w całej Polsce 540 tys. osób. Niektórzy nawet pięć lat. Za naszą południową granicą na zabieg można umówić się od razu, a prawie całość kosztów zwróci NFZ. 16.04.2018 opublikowane zostało zarządzenie prezesa NFZ, z którego wynika, że 280 860 tys. zł z rezerwy ogólnej Funduszu zostanie przeznaczone na operacje zaćmy, zabiegi endoprotezoplastyki.

19.04.2018. W Dzienniku Ustaw opublikowany został tekst rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozporządzenie określa wykaz oraz warunki realizacji tych świadczeń.

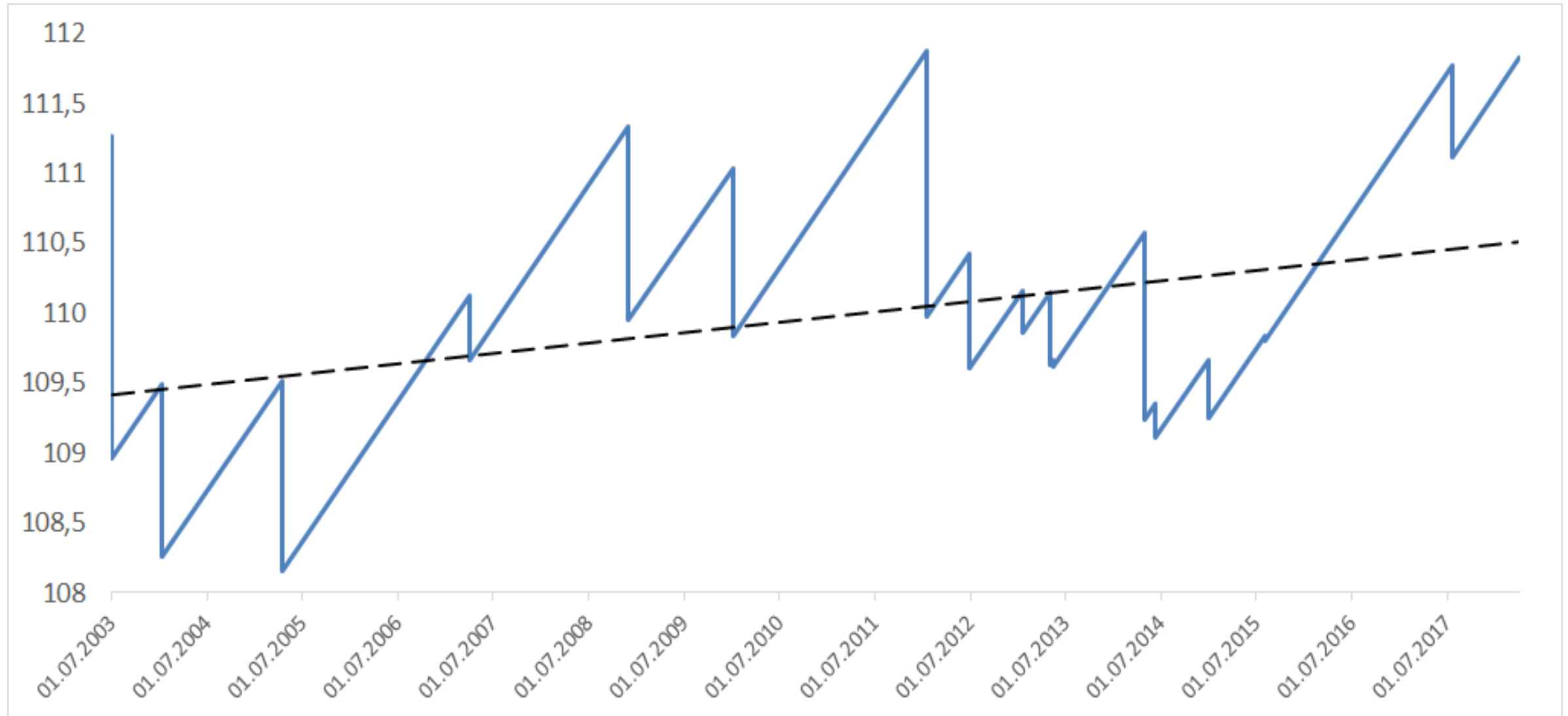


## **Obszary uwzględniające działania wobec osób niesamodzielných 2018 r:**

- I. Zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych tych osób;
- II. Zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgniacyjnych dostosowanych do potrzeb starszych osób niesamodzielných;
- III. Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych starszym, niesamodzielnym osobom;
- IV. System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielných osób starszych przez instytucje publiczne.



**Chronologiczny wiek najstarszej żyjącej osoby w Polsce. Linia trendu – średni wiek najstarszej żyjącej osoby w Polsce wzrósł z ok. 109,5 w roku 2003 do ponad 110 w roku 2018; wolne tempo wydłużania się maksymalnego wieku w Polsce.**



Dzięki uprzejmości Dr W. Krocza – członka GRG w Polsce

# **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.**