



KZD-4101-003/2014
Nr ewid.2/2015/P/14/062/KZD

Informacja o wynikach kontroli

OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBAMI W WIEKU PODESZŁYM

DEPARTAMENT ZDROWIA

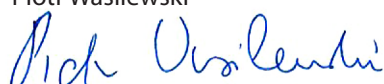
MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

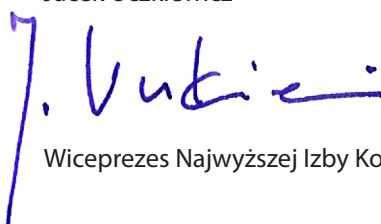
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 10.03.2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

1. WPROWADZENIE.....	6
2. ZAŁOŻENIA KONTROLI	11
3. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	12
3.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	12
3.2. Synteza wyników kontroli.....	13
3.2.1. Minister Zdrowia	13
3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia	15
3.2.3. Świadczeniodawcy	16
3.3. Uwagi końcowe i wnioski	17
4. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	19
4.1. Ministerstwo Zdrowia.....	19
4.1.1. Kształtowanie polityki zdrowotnej dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym	19
4.1.2. Zapewnienie warunków do kształcenia kadry medycznej dla potrzeb opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym.....	22
4.1.3. Współpraca Ministra Zdrowia z organami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami w zakresie oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych, skierowanych do osób w wieku podeszłym.....	24
4.2. Narodowy Fundusz Zdrowia.....	25
4.2.1. Planowanie i wycena świadczeń adresowanych do osób w wieku podeszłym.....	25
4.2.2. Zapewnienie osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.....	31
4.2.3. Finansowanie świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym	34
4.3. Świadczeniodawcy.....	35
4.3.1. Prawidłowość wykonania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia	36
4.3.2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych	38
4.3.3. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia oraz jednostkami samorządu terytorialnego.....	39
5. INFORMACJE DODATKOWE	40
5.1. Przygotowanie kontroli	40
5.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	40
6. ZAŁĄCZNIKI.....	43

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

- AOS** ambulatoryjna opieka specjalistyczna – udzielanie świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- COG** całościowa ocena geriatryczna – wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny, prowadzony przez zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego;
- Geriatrya** dziedzina medycyny zajmująca się schorzeniami wieku podeszłego¹; zajmuje się głównie stanami wielochorobowymi i ich skutkami funkcjonalnymi, do których usposabia starzenie; stanowi kompleksowe, integrujące różne dziedziny medycyny, spojrzenie na pacjenta w starszym wieku pozwalające na optymalne wybory diagnostyki i leczenia (co także zmniejsza koszty); zapewnia optymalne jakościowo życie w starości – rozwiązuje całościowo problemy zdrowotne i opiekuńcze złożonych patologii wieku podeszłego; do opieki geriatrycznej sensu stricto kwalifikują się osoby z grupy seniorów (65+) zagrożone nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, zniedołężnieniem, pogorszeniem jakości życia lub zgonem, w przebiegu chorób zależnych od wieku (wyłaniane za pomocą oceny skalą VES-13²);
- JGP** Jednorodne Grupy Pacjentów, sposób rozliczania usług zdrowotnych przez NFZ. Ideą tego rozwiązania jest stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania (po wykonaniu) danego świadczenia do pewnej grupy ze ściśle zdefiniowanej listy, celem rozliczenia dla płatnika. Praktyczna konstrukcja tego systemu jest wynikiem obserwacji, że pewne grupy pacjentów, często różniące się, wymagają w zasadzie podobnego postępowania, a z drugiej strony, ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami zdrowotnymi, wymaga nierzadko zupełnie innego postępowania. Kwalifikacji do grupy JGP dokonuje się, albo na podstawie rozpoznania według międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 (dla leczenia niezabiegowego), albo procedury leczniczej wymienionej na właściwej liście JGP identyfikowanej według kodu klasyfikacji ICD-9;
- JST** jednostka samorządu terytorialnego;
- LSZ** leczenie szpitalne;
- NFZ, Fundusz** Narodowy Fundusz Zdrowia;
- NPZ** Narodowy Program Zdrowia;
- Oddział, OW NFZ** oddział wojewódzki NFZ;

¹ *Geriatrya*, Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki; Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0003/7689/51_geriatria_13072011.pdf.

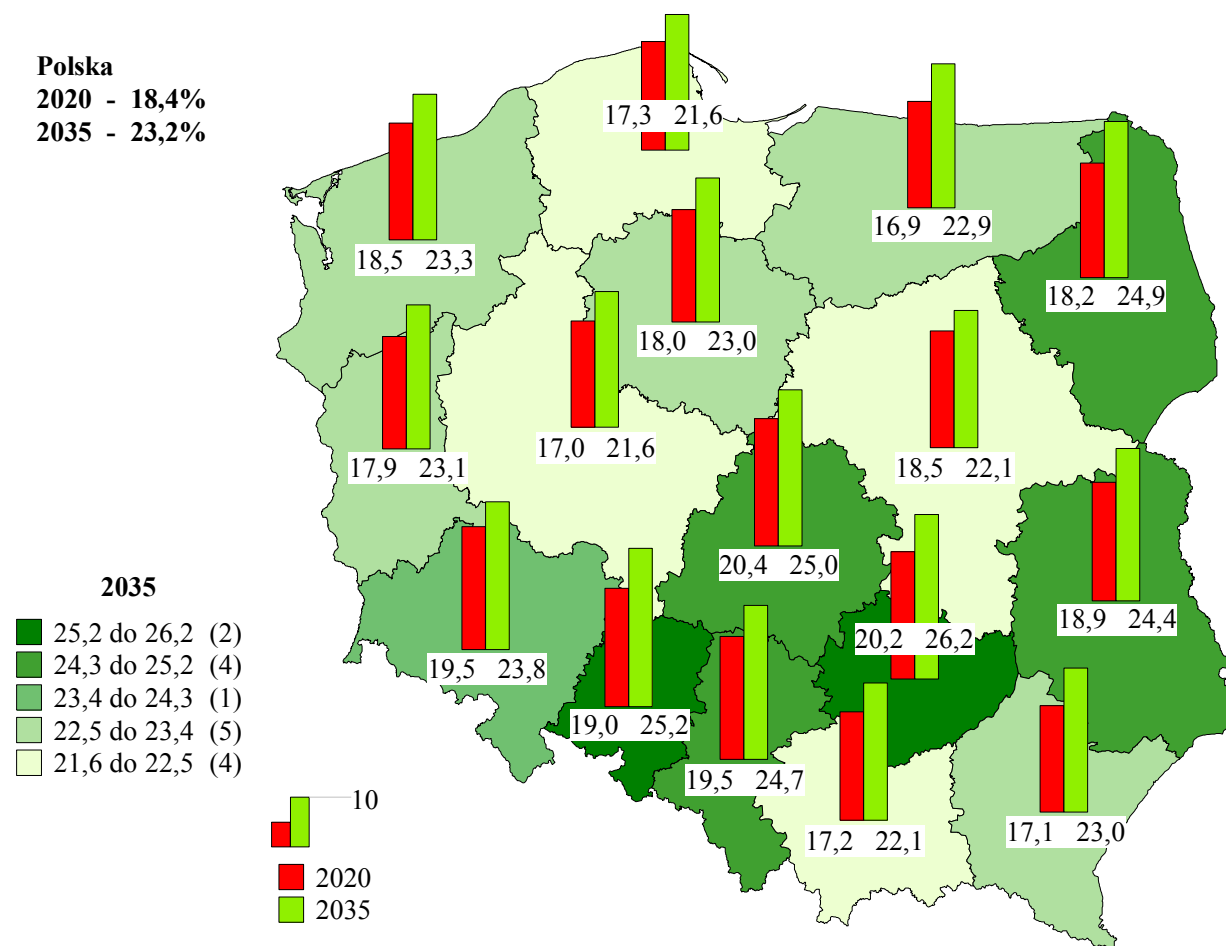
² Barbara Gryglewska, Anna Głuszewska, Stanisław Górski, Tomasz Grodzicki, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum. *Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych*; Gerontologia Polska, tom 21, nr 2, 48–53 ISSN 1425–4956.

Opieka długoterminowa	świadczenia (medyczne i niemedyczne) kierowane do pacjentów przewlekle chorych lub niesamodzielnych, którzy ze względu na stan zdrowia, niesprawność fizyczną lub brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, wymagają stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i/lub rehabilitacji. Są to chorzy z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, którzy nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki; opieka długoterminowa może być realizowana w zakładach stacjonarnych lub warunkach domowych;
Opieka paliatywna (hospicyjna)	opieka nad nieuleczalnie chorymi w okresie terminalnym śmiertelnej choroby służąca poprawie jakości życia osób w tej fazie choroby (złagodzenie objawów choroby, eliminacja bólu, wsparcie psychiczne chorego i jego najbliższych);
Osoba w wieku podeszłym	zgodnie z definicją WHO (World Health Organization), osoba, która ukończyła 65. rok życia;
Pacjent geriatryczny	pacjent, który osiągnął wiek przynajmniej 60 lat, z wielochorobowością typową dla wieku starszego, u którego z racji wieku lub współistniejących chorób występuje ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu; należy zaznaczyć, że WHO wiek osoby podeszłej liczy od 65. roku życia, natomiast statystyki prowadzone przez NFZ za osobę starszą traktują pacjenta od 60 roku życia;
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna, tj. świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
Rodzaj świadczeń	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej;
Skala VES-13	narzędzie diagnostyczne pomagające zidentyfikować w populacji pacjentów w podeszłym wieku chorych zwiększonego ryzyka i ukierunkować dalsze działania diagnostyczno-terapeutyczne i opiekuńcze na tę wyselekcjonowaną grupę;
Świadczeniodawca	podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna inna niż wymieniona powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;
Ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.);
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.);
Zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Współczesne procesy demograficzne cechuje szybkie starzenie się społeczeństwa. Populacja Polski osób w wieku powyżej 65. roku życia stanowi obecnie ok. 14,7%, a w roku 2035 ich udział w ogólnej populacji wzrośnie do ponad 23% (wg danych GUS).

Rysunek nr 1

Udział procentowy ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w 2020 i 2035 r.



Źródło: Opracowanie GUS.

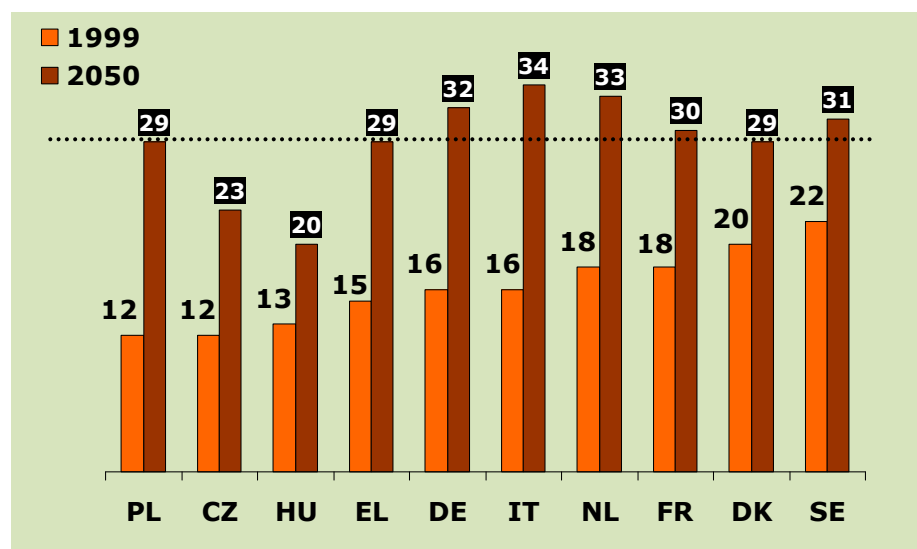
Prognozy wskazują na wyraźny wzrost liczby osób w późnej starości – tzw. fenomen „**podwójnego starzenia**” (w 1999 r. w grupie osób w wieku powyżej 60 lat, 12% ukończyło 80. rok życia, w 2050 r. udział ten wyniesie 29%).

W późnej starości obserwuje się głównie choroby zależne od wieku (zwyrodnieniowe, neurodegeneracyjne czy zapalne). Świadczy o tym obserwowana na świecie od lat 90- tych zmiana struktury chorób i prognoza na 2020 rok. Szacuje się, że o połowę mniejsza będzie zachorowalność na choroby zakaźne, a wzrośnie liczba przypadków chorób neuropsychiatrycznych i niezakaźnych przewlekłych³.

³ Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy – lessons from the Global Burden of Disease Study. Science 1996; 274(5288):740-743.

Wykres nr 1

Odsetek osób w tzw. „późnej starości” wśród osób w wieku podeszłym w Polsce i innych krajach UE w roku 1999 i 2050



Źródło: opracowanie prof. Barbara Bień – materiał z prezentacji na panelu ekspertów, Warszawa, 25.04.2014 r.

Starzenie się społeczeństw i dokonujący się postęp w medycynie powoduje wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego, a także stanowi wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki zdrowotnej. Wobec takiej sytuacji, specjaliści wskazują na nagłą potrzebę kształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku.

Na świecie, od kilkadziesiąt lat, wdrażana jest w systemie opieki medycznej **geriatria**⁴ – specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku, która obejmuje fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy starszych pacjentów⁵.

Geriatrycja, integrując różne dziedziny medycyny, pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka. Ta dyscyplina medycyny, zaklasyfikowana jako specjalizacja szczegółowa, jest zorientowana na problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku, w powiązaniu z ich problemami środowiskowymi i socjalnymi.

Z założenia geriatria ma oferować pacjentowi holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców, aby zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość życia. **Takie efekty można osiągnąć w ramach dedykowanego geriatrii systemu, na który powinny składać się oddziały i poradnie geriatryczne, oddziały dzienne, multidyscyplinarne zespoły szpitalne oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i opieką domową.** W taki sposób zorganizowana jest opieka medyczna dla osób w podeszłym wieku w większości krajów tzw. „starej Unii”. Ich

⁴ Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J.: *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, Gerontologia Polska 2008, tom 16, nr 3.

⁵ Pojęcia tego nie należy mylić z opieką długoterminową, stanowiącą działania na rzecz osób z chorobami przewlekłymi skutkującymi pogłębiającą się niepełnosprawnością, w zakresie opieki medycznej, odżywiania, poruszania się, pielęgnacji etc., świadczone przez różnych opiekunów, zakłady opieki, czy z opieką paliatywną, którą objęci są pacjenci z nieuleczalnymi, postępującymi chorobami w końcowym okresie ich życia.

doświadczenia wskazują, że specjalistyczne podejście geriatryczne wobec osób w starszym wieku niesie wymierne korzyści. Pozwala lepiej i skuteczniej rozwiązywać i optymalizować problemy zdrowotne osób starszych, umożliwiając im bardziej komfortowe i samodzielne funkcjonowanie w dłuższym okresie.

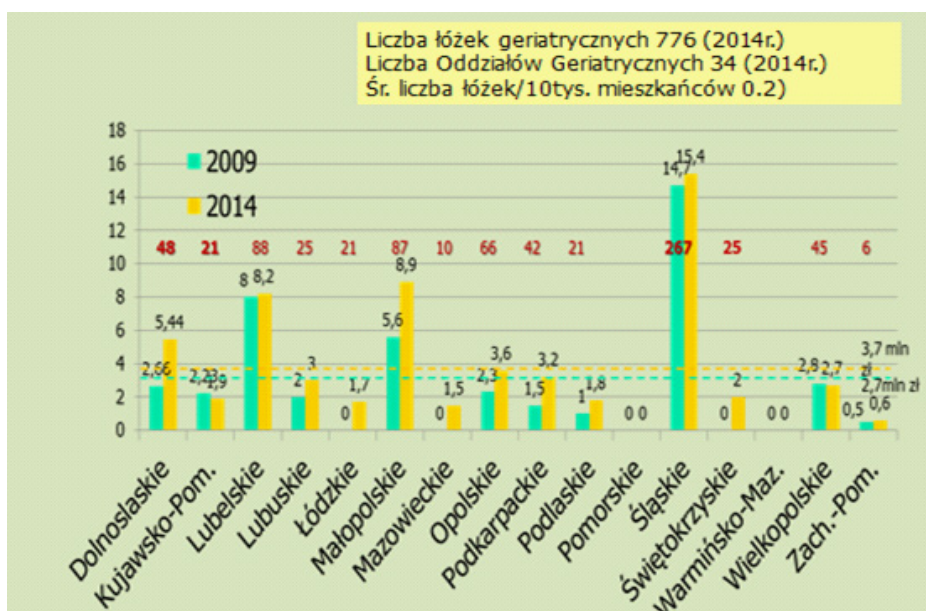
Podstawą systemu opieki geriatrycznej są lekarze geriatry. Do dziś, w żadnej dziedzinie medycyny nie ma w Polsce wskaźników dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w stosunku do potrzeb i liczby świadczeniobiorców. **Liczba specjalistów w dziedzinie geriatry wykonujących zawód na dzień 31 sierpnia 2014 r. wynosiła 321 osób, a w trakcie kształcenia było kolejnych 119 lekarzy.** W czerwcu 2014 r. Minister Zdrowia zatwierdził nowe programy specjalizacji, co może przyspieszy i uprości kształcenie lekarzy geriatrów.

Szczupła baza szpitalnych łóżek geriatrycznych również ogranicza możliwości kształcenia, a z kolei brak stosownej wyceny procedur geriatrycznych skutecznie uniemożliwia powiększanie bazy łóżek geriatrycznych.

Poniższa rycina obrazuje wielkość kontraktów na leczenie szpitalne w zakresie 'geriatria' oraz liczbę łóżek i oddziałów geriatrycznych w poszczególnych województwach, a kolejna – wartości kontraktów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie 'geriatria'.

Wykres nr 2

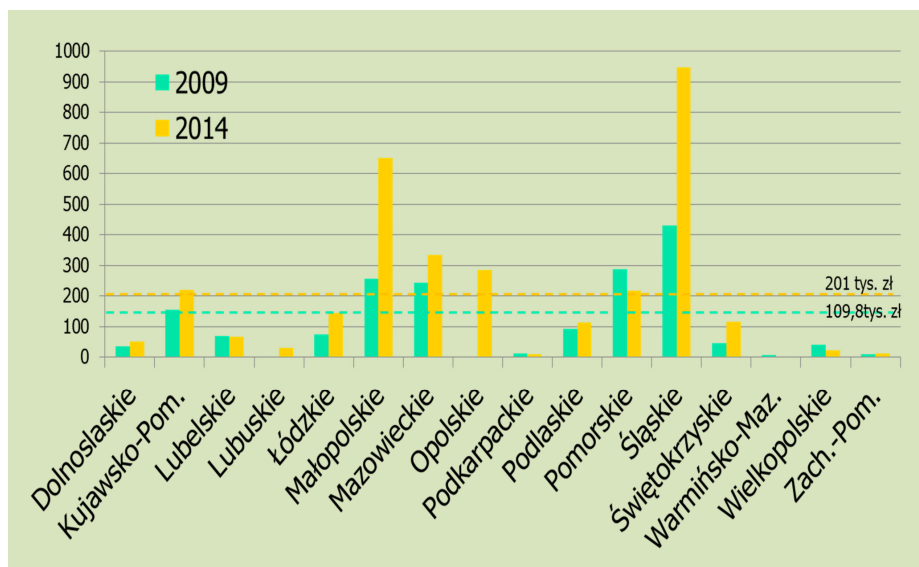
Geriatrya leczenie szpitalne 2009–2014 (wartość umów – mln zł)



Źródło: Prof. Barbara Bień – materiał z prezentacji na Panelu Ekspertów, Warszawa, 25.04.2014 r.

Wykres nr 3

Kontrakty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie „geriatria” 2009–2014 (w tys. zł)

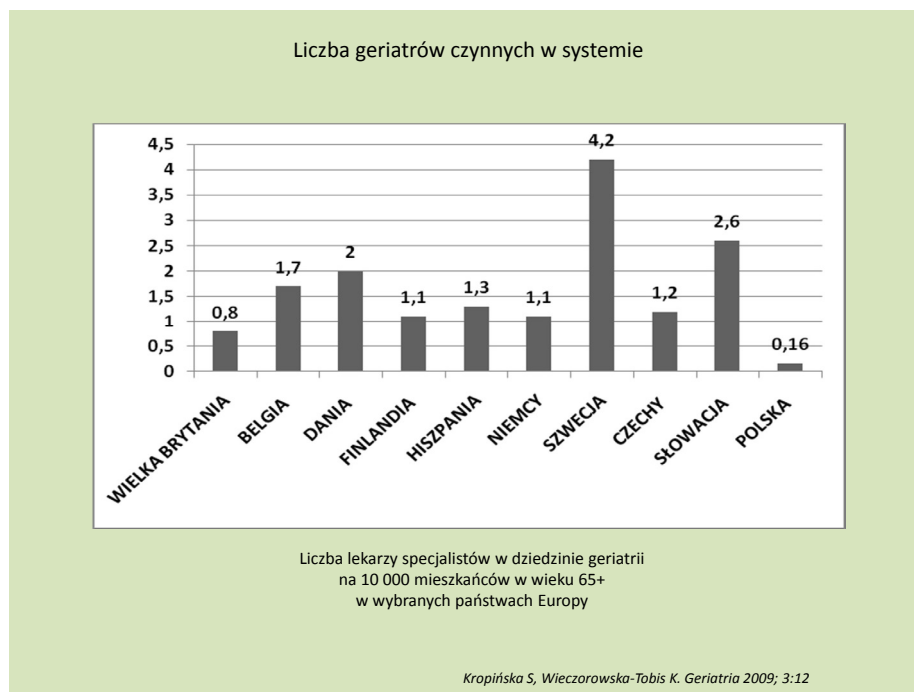


Źródło: Prof. Barbara Bień – materiał z prezentacji na Panelu Ekspertów, Warszawa, 25.04.2014 r.

Poniższa rycina obrazuje miejsce Polski na tle Europy, wskazując liczbę lekarzy specjalistów geriatrii na 100 tys. mieszkańców oraz liczbę geriatrów na 10 tys. osób 65+.

Wykres nr 4

Liczba geriatrów na 10 tys. mieszkańców w wieku 65+ w wybranych krajach Europy



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie materiału prof. K. Wieczorowska-Tobis z prezentacji na Panelu Ekspertów, Warszawa, 25.04.2014 r.

Sygnalizowane zewsząd problemy dotyczące opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku były jednym z czynników decydujących o podjęciu przez NIK kontroli w tym zakresie, której rezultaty opisano poniżej.

W prezentowanej kontroli przeprowadzono analizę porównującą efekty leczenia pacjentów po 60. roku życia, kierowanych w latach 2011–2014 do oddziałów chorób wewnętrznych oraz oddziałów geriatrycznych. Rekord pacjenta oparto o numer PESEL oraz wyłonię na podstawie analizy danych NFZ 10 najczęściej występujących w geriatricznym grup JGP (według badanych lat oraz trzech grup wiekowych pacjentów po 60. r.ż.: 60–74, 75–89, 90+).

Należy zauważyć, iż obecny system JGP wykorzystany w analizie nie jest dostosowany do występującej u osób starszych wielochorobowości, zatem nie w pełni odzwierciedla powody hospitalizacji i przyczyny zgonów w tej grupie osób. NFZ nie wyodrębnił dotychczas grup JGP dedykowanych leczeniu osób starszych, które uwzględniałyby wielochorobowość charakterystyczną dla tej grupy pacjentów.

Temat kontroli

Kontrola „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” została podjęta z inicjatywy własnej NIK, w ramach priorytetowego kierunku kontroli na rok 2014 „Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej”.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena funkcjonowania opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym.

Cele szczegółowe

1. W Ministerstwie Zdrowia – ocena kształtowania polityki zdrowotnej w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, kształcenia kadry medycznej dla potrzeb opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i współpracy w tym zakresie z innymi podmiotami.
2. W Narodowym Funduszu Zdrowia – ocena sposobu wyceny, planowania i finansowania świadczeń oraz zapewnienia dostępu do świadczeń adresowanych do osób w podeszłym wieku.
3. W podmiotach świadczeniodawców – ocena organizowania procesu udzielania świadczeń osobom w wieku podeszłym, prawidłowości realizacji umów zawartych z NFZ oraz współpracy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia, opieki społecznej w tym zakresie.

Okres objęty kontrolą

Badaniami kontrolnymi, które przeprowadzono w okresie od 15 maja 2014 r. do 3 listopada 2014 r., objęto okres od 01 stycznia 2011 r. do czasu zakończenia czynności kontrolnych. W kontroli uczestniczyły cztery delegatury NIK⁶ i Departament Zdrowia.

Zakres kontroli

Kontrolą objęto 14 jednostek:

- Ministerstwo Zdrowia,
- Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia,
- trzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia,
- dziewięć podmiotów leczniczych.

Departament Zdrowia, w ramach przygotowania do kontroli planowej, koordynowanej przeprowadził również kontrolę rozpoznawczą (Nr R/13/008) w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnym Szpitalu Weteranów w Łodzi oraz w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

⁶ W Białymstoku, Katowicach, Krakowie i Zielonej Górze.

3.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Ustalenia NIK wskazują, że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Nie realizowane są Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej⁷. Przygotowanie lekarzy do opieki nad osobami w podeszłym wieku jest niedostateczne – brakuje lekarzy geriatrów. 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 są bez konieczności oczekiwania. Mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. W województwie warmińsko-mazurskim nie było ani jednego szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ, a najwyższą wartość świadczeń zrealizowanych w lecznictwie szpitalnym zanotowano w województwie śląskim.

Opracowane przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”⁸ nie zostały wprowadzone przez Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa⁹, przez co ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia pacjentów, był ograniczony¹⁰. Minister Zdrowia, nie skorzystał z upoważnienia wynikającego z ustawy o działalności leczniczej¹¹ i nie określił w drodze rozporządzenia *Standardów postępowania w opiece geriatrycznej*.

Wielowymiarowa, interdyscyplinarna procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) służąca precyzyjnemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego (ew. w starszym wieku z wielochorobowością), prowadzona przez zespół geriatryczny, znajduje niewielkie zastosowanie, i to wyłącznie w opiece szpitalnej. Skala VES – 13, służąca do kwalifikowania pacjentów powyżej 60 roku życia do opieki geriatrycznej, nie jest wykorzystywana w podstawowej opiece zdrowotnej¹².

⁷ 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).

⁸ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw geriatryki (Dz.Urz. 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.Urz.MZ Nr 13, poz. 87 ze zm.).

⁹ Poprzez realizację delegacji ustawowej zawartej w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁰ Zostały jedynie opublikowane na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33-47).

¹¹ Zgodnie z art. 22 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 217 ze zm.) „minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych”.

¹² http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf

Liczba specjalistów geriatry, jako podstawa do tworzenia systemu opieki geriatrycznej – znacznie odbiegała od standardów europejskich¹³. W Polsce, na dzień 31 sierpnia 2014 r., było 321 specjalistów w dziedzinie geriatry (0,8/100 tys. mieszkańców) bardzo różnie rozmieszczonych na terytorium kraju (od 0,3/100 tys. mieszk. w woj. opolskim – do 1,46/100 tys. mieszk. w woj. małopolskim). Wykłady z geriatry prowadzone były na uczelniach wyłącznie jako przedmiot fakultatywny. Natomiast zajęcia praktyczne w zakresie geriatry realizowano tylko w pięciu spośród jedenastu uczelni medycznych. Lekarzom POZ, do których w pierwszej kolejności trafiali pacjenci geriatryczni, brakowało przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej.

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 1 380 zł na pacjenta, na rok - niż leczenie pacjentów po pobycie w 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.

W obowiązującym systemie JGP nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością. Rodzi to sprzeczność między zasadami postępowania medycznego a warunkami ekonomicznymi – leczenie zgodnie z zasadami sztuki medycznej prowadzi do strat dla szpitala. Planowanie finansowania świadczeń w zakresie geriatry nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług. Ostatnie uaktualnianie 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, 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.

3.2 Synteza wyników kontroli

3.2.1. Minister Zdrowia

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia działania Ministra Zdrowia w zakresie opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku.

Minister Zdrowia nie wprowadził ogólnie dostępnego systemu opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku.

1. Minister Zdrowia nie dokonywał bieżącej oceny dostępności świadczeń z zakresu geriatry – nie przedłożył dokumentów świadczących o dokonywaniu takiej oceny, do czego był zobowiązany stosownie do postanowień art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹⁴.

¹³ Przykładowo dla Szwecji wskaźnik ten wynosi 7,8, dla Austrii – 7,4, dla Czech – 1,5.

¹⁴ Z dniem 1 stycznia 2015 r. pkt 2 został uchylony.

Zadania władz publicznych¹⁵ w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W ocenie NIK, podjęcie tworzenia skutecznego systemu w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym powinno następować po rzetelnej analizie istniejących potrzeb, uwzględniającej ocenę dostępności świadczeń geriatrycznych, z podziałem na poszczególne województwa, stan kadry niezbędnej do realizacji tego rodzaju świadczeń i możliwości jej kształcenia, liczbę placówek umożliwiających opiekę nad osobami w wieku podeszłym, a także sposób realizacji świadczeń.

2. Minister Zdrowia nie określił wskaźników dotyczących pożądanej liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny (w tym geriatрії) w odniesieniu do liczby mieszkańców, co nie pozwoliło ocenić czy liczba lekarzy jest wystarczająca w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców.

Liczba lekarzy specjalistów w zakresie geriatрії, mimo systematycznego wzrostu była niewystarczająca, aby poprawić dostępność pacjentów do świadczeń w tym zakresie. W czerwcu 2014 r. Minister Zdrowia zatwierdził nowe programy specjalizacji, co może zwiększyć liczbę lekarzy podejmujących specjalizację w zakresie geriatрії.

Brak rozwiniętej szpitalnej bazy geriatrycznej i jej bardzo nierównomierny rozkład na terenie kraju powodował, że są województwa, w których nie było podstawowych warunków do prowadzenia specjalizacji lekarzy w tym zakresie. Jednocześnie liczba miejsc szkoleniowych w jednostkach już uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w tej dziedzinie była wykorzystana w 80%. (str. 22–23)

Realizowany przez Ministra Zdrowia projekt systemowy „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, mający na celu poprawę opieki nad osobami w wieku podeszłym poprzez szkolenie kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej, został dotychczas zrealizowany w 42%¹⁶. Tyle wynosi odsetek przeszkolonej kadry, w stosunku do ogółem zaplanowanej liczby, przy czym najmniej skuteczna okazała się rekrutacja na szkolenia lekarzy POZ – przeszkolono zaledwie 32% z zaplanowanych dwóch tysięcy. Należy przy tym zwrócić uwagę, że lekarzem pierwszego kontaktu dla pacjentów jest właśnie lekarz świadczący opiekę medyczną w ramach Poz. (str. 22–22).

3. Artykuł 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej nie nakłada na ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązku wydania rozporządzenia określającego **Standardy postępowania w opiece geriatrycznej**, a tylko upoważnia do wydania takiego rozporządzenia¹⁷. Zdaniem NIK waga problemu i stan opieki geriatrycznej w Polsce wymagają nadania *Standardom* rangi przepisów powszechnie obowiązujących. Minister Zdrowia powołał w roku 2007 Zespół do Spraw Geriatрії/ Gerontologii, który takie *Standardy* przygotował.

Świadczenia w zakresie geriatрії, zgodnie z ww. *Standardami*, powinny być realizowane między innymi w warunkach dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego, geriatrycznej wizyty konsultacyjnej oraz przez zespoły geriatryczne. Obecnie takie świadczenia nie są realizowane.

4. Realizowane przez Ministra Zdrowia zadania, określone w Narodowym Programie Zdrowia tylko w niewielkim zakresie dotyczyły pacjentów w podeszłym wieku. Brak wiarygodnych danych,

¹⁵ Zgodnie z art. 6 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹⁶ Stan na dzień 31.08.2014.; Zakończenie projektu jest przewidziane do 30 czerwca 2015 r.

¹⁷ Art. 22 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 217 ze zm.).

dotyczących programów realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, uniemożliwił Ministrowi Zdrowia rzetelną ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów Narodowego Programu Zdrowia. Ocenę tę utrudniał również brak analizy efektów zdrowotnych podejmowanych działań oraz potrzeb społeczeństwa w tym zakresie. (str. 20)

3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

1. Narodowy Fundusz Zdrowia nie określił warunków finansowania opieki medycznej odrębnych dla osób w podeszłym wieku. Ogranicza to dostęp starszych pacjentów do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej oraz zawyża koszty leczenia pacjentów geriatrycznych.

2. Planowanie świadczeń dla osób w wieku powyżej 60 r. ż., w 14 z 16 oddziałów NFZ, nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym. W OW NFZ świadczenia dla tych pacjentów kontraktowane były dla obszaru całego województwa. Taki obszar podyktowany był ograniczoną liczbą potencjalnych oferentów i lekarzy specjalistów. (str. 25)

3. Mimo systematycznego wzrostu wartości zakontraktowanych w umowach dotyczących świadczeń w zakresie geriatry, pogorszył się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. W latach 2011-2014 wzrosła zarówno liczba oczekujących na świadczenia – w AOS o 25,8%, w LSZ o 225,4%, jak i czas oczekiwania – w AOS o 180,0%, w LSZ o 400,0%. Zmniejszył się również odsetek świadczeniodawców, gdzie pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania – w przypadku poradni geriatrycznych z 44% do 26%, a w przypadku oddziałów szpitalnych z 50% do 36%.

4. Dostęp do świadczeń geriatrycznych wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne. Różnice pomiędzy poszczególnymi województwami w wartościach zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w 2013 r. w AOS i LSZ sięgały kilku tysięcy procent. Na przykład, w lecznictwie szpitalnym wartość ta najniższa była w województwie mazowieckim – 70,38 zł, najwyższa – w województwie śląskim, gdzie wynosiła 4 650,14 zł, czyli była o 6 507,2% wyższa. Średnio dla całej Polski było to 1 712,44 zł.

Ponadto w województwie warmińsko-mazurskim nie było ani jednego szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ. (str. 32)

5. Obecny system JGP nie jest dostosowany do występującej u osób starszych wielochorobowości oraz nie w pełni odzwierciedla powody hospitalizacji i przyczyny zgonów w tej grupie osób. NFZ nie wyodrębnił dotychczas grup JGP dedykowanych w leczeniu osób starszych, które będą uwzględniały wielochorobowość charakterystyczną dla tej grupy pacjentów. Uniemożliwia to pełne odzwierciedlenie i ocenę powodów hospitalizacji i przyczyn zgonów w tej grupie osób.

System wyceny świadczeń medycznych w ramach grup JGP (wprowadzony do rozliczania wykonanych świadczeń Zarządzeniem Prezesa NFZ w roku 2011) zakłada finansowanie jednej choroby czy procedury i nie obejmuje wielochorobowości, która jest specyfiką pacjenta geriatrycznego. W NFZ trwają prace analityczne dotyczące kosztów świadczeń, czasu hospitalizacji, wieku pacjenta, chorób współistniejących, powikłań, które być może pozwolą określić, w ramach systemu JGP, grupy dedykowane dla geriatry. Obecny system rodzi sprzeczność między zasadami postępowania medycznego a warunkami ekonomicznym.

6. Analiza danych dotyczących pacjentów hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych i oddziałach chorób wewnętrznych w badanym okresie wykazała, że **średni jednostkowy koszt świadczeń** udzielonych w ciągu 12 miesięcy od wypisu pacjenta z **oddziału chorób wewnętrznych** był **wyższy o 1 380 zł** od średniego jednostkowego kosztu takich świadczeń po wypisie porównywalnego **pacjenta z oddziału geriatrycznego**. (str. 26–30)

3.2.3. Świadczeniodawcy

1. W sytuacji braku systemu oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, świadczeniodawcy, w ramach własnych możliwości tworzą bazę łóżek geriatrycznych oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną wykorzystując nieopublikowane urzędowo *Standardy opieki geriatrycznej* wypracowane przez powołany przy Ministrze Zdrowia Zespół ekspertów.

2. We wszystkich podmiotach objętych kontrolą odnotowano wzrost wartości świadczeń w rodzaju LSZ w trakcie ich realizacji, natomiast w stosunku do większości umów w rodzaju AOS – niepełną ich realizację.

3. Zasoby będące w dyspozycji 11 skontrolowanych świadczeniodawców służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym warunki lokalowe, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt były zgodne z obowiązującymi przepisami. Żaden ze skontrolowanych podmiotów nie realizował jednak w pełni standardów postępowania w opiece geriatrycznej, opracowanych przez Zespół do Spraw Gerontologii przy Ministrze Zdrowia¹⁸. (str. 38)

4. Opracowana przez ekspertów powołanego przy Ministrze Zdrowia Zespołu ds. Gerontologii, Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) to fundamentalna zasada postępowania w geriatрії. Stanowi ona interdyscyplinarny proces wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędny do planowania leczenia i opieki. COG pozwala porządkować proces diagnozowania i kwalifikowania do określonych procedur medycznych i świadczeń, a tym samym umożliwia właściwe dostosowanie leczenia i opieki do stanu pacjenta w wieku podeszłym. Stosowanie tego typu oceny zwiększa precyzję diagnozy, a w konsekwencji prowadzi do poprawy sprawności fizycznej i umysłowej pacjentów, zmniejsza liczbę przyjmowanych leków i zbytecznych świadczeń – w tym głównie liczbę hospitalizacji i przyjęć do stacjonarnych placówek opiekuńczych oraz umieralność pacjentów, obniża także koszty opieki zdrowotnej i poprawia jakość życia osób starszych bez ponoszenia większych kosztów opieki.

Procedura COG została wprowadzona do leczenia szpitalnego od dnia 1 stycznia 2012 r. Ustalenia kontroli wykazują natomiast, że nie jest ona powszechnie stosowana. Jedynie 14,3% pacjentów miało wykonaną COG.

5. Wśród 10 skontrolowanych oddziałów było osiem oddziałów z łózkami geriatrycznymi (oddziały geriatryczne, oddział internistyczno – geriatryczno – gastroenterologiczny, oddział chorób wewnętrznych i geriatрії), dwa w całym okresie objętym kontrolą przyniosły skumulowany dodatni wynik finansowy, w pozostałych wynik ten był ujemny. Z ośmiu poradni geriatrycznych,

¹⁸ Standardy te stanowią fakultatywne źródło wiedzy dla podmiotów udzielających świadczeń pacjentom w wieku podeszłym, określają między innymi formy organizacyjne opieki geriatrycznej i ich zadania, zakres świadczeń i badań laboratoryjnych, procedury diagnostyczno-terapeutyczne, procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne, procedury psychologiczne, wymogi dotyczące wyposażenia poszczególnych rodzajów podmiotów, kwalifikacje personelu, normy dotyczące liczby specjalistów w stosunku do liczby pacjentów, a także kryteria włączenia pacjenta do poszczególnych form opieki.

w których przeprowadzono kontrolę, połowa wykazała dodatni wynik finansowy, druga połowa – wynik ujemny. Najczęściej podawaną przyczyną złej sytuacji finansowej podmiotów o profilu geriatrycznym była nieadekwatna do ponoszonych kosztów wycena procedur realizowanych w tych podmiotach. Należy jednak podkreślić, że żaden z objętych kontrolą podmiotów nie szacował kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych, co uniemożliwia rzetelną wycenę procedur i nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, które z nich są przeszacowane, a które niedoszacowane¹⁹.

3.3 Uwagi końcowe i wnioski

Dobrze zorganizowany system opieki geriatrycznej oraz adekwatna wycena świadczeń, są efektywniejsze dla pacjenta i tańsze dla płatnika, co wykazała niniejsza kontrola.

1. W ocenie NIK, wobec prognoz zmian demograficznych, niezbędne jest wprowadzenie przez Ministra Zdrowia pełnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku. Minister Zdrowia od 2007 r. dysponuje *Standardami postępowania w opiece geriatrycznej* przygotowanymi przez powołany przez siebie Zespół do Spraw Gerontologii, a w ustawie o działalności leczniczej zapisano delegację do wydania rozporządzenia w tym zakresie²⁰.
2. Opieka zdrowotna adresowana do osób w wieku podeszłym powinna opierać się na założeniach wskazanych w programie Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, a także uwzględniać wnioski wynikające z niniejszej kontroli.
3. Rzetelna analiza potrzeb, która leży w gestii zarówno organizatora systemu, jak i płatnika świadczeń, powinna w krótkim czasie wskazać rejony szczególnego deficytu opieki geriatrycznej.
4. Wycena świadczeń w zakresie „geriatria” powinna być tak skonstruowana, by warunki finansowe umożliwiały tworzenie nowych placówek geriatrycznych.
5. Wprowadzenie w POZ stosowania skali VES-13 umożliwiłoby identyfikowanie, wśród pacjentów w podeszłym wieku, chorych zwiększonego ryzyka do dalszego działania diagnostyczno-terapeutycznego i opiekuńczego.
6. Organizatorzy systemu opieki geriatrycznej dla osób w podeszłym wieku, m.in. z uwagi na specyfikę tej grupy pacjentów, winni również zadbać o właściwy przekaz informacji dotyczących opieki medycznej dla osób starszych. Brak zrozumienia w społeczeństwie idei i racji tworzenia systemu opieki geriatrycznej również stanowi ograniczenie w korzystaniu z tych świadczeń.

Tworzenie systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku powinno uwzględniać następujące zasady:

Dostępność – która oznacza bliskość placówek medycznych od miejsca zamieszkania, odpowiednią liczbę personelu medycznego, przeszkolonych lekarzy POZ i pielęgniarek oraz specjalistów z zakresu geriatrii. Problemy zdrowotne osób starszych muszą być rozwiązywane kompleksowo, w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego oraz innych specjalistów, w sposób ciągły i długofalowy.

¹⁹ Podobne ustalenia wykazała kontrola nr P14/061 KZD pt. „Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe”.

²⁰ Art. 22 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 217 ze zm.).

Jakość – stosowanie wiedzy z zakresu gerontologii i geriatrii, zgodnie ze standardami medycznymi i organizacyjnymi.

Efektywność finansowania – racjonalne ustalanie obszarów kontraktowania, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb, udoskonalenie metodologii wyceny świadczeń, a także wykorzystanie wniosków NIK wskazujących m.in. iż jednostkowy koszt świadczeń udzielonych po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego był niższy niż w przypadku pacjenta o analogicznym rozpoznaniu, leczonego w oddziale chorób wewnętrznych.

4 WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

4.1 Ministerstwo Zdrowia

4.1.1. Kształtowanie polityki zdrowotnej dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym

1. Zgodnie z art. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, Minister Zdrowia zadeklarował priorytetowe traktowanie problemu opieki nad osobami w wieku podeszłym, jednakże inicjatywy, które podejmował, okazały się zdecydowanie niewystarczające i nieskuteczne.

Uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. został wprowadzony Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (NPZ). Cel operacyjny nr 9 tego programu dotyczy „Tworzenia warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”. Do zadań administracji rządowej w tym zakresie należały między innymi:

- ♦ promocja zdrowia i zapobiegania chorobom w ciągu trwania całego życia,
- ♦ budowa i implementacja programów zdrowotnych nakierowanych na tworzenie warunków do aktywnego fizycznie i psychicznie stylu życia osób powyżej 60 roku życia,
- ♦ tworzenie rozwiązań systemowych umożliwiających opiekę nad osobą starszą i/lub niepełnosprawną w środowisku zamieszkania z poszanowaniem jej praw i zapewnieniem najwyższej z możliwych jakości usług opiekuńczo-leczniczych,
- ♦ podejmowanie działań na rzecz powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w tym leków dla osób starszych.

Zadaniem realizowanym przez Ministra Zdrowia, w ramach wspomnianego celu operacyjnego, był współudział w opracowaniu dokumentu pn. „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020”²¹. W ww. dokumencie określono następujące priorytety w zakresie ochrony zdrowia:

- ♦ stworzenie systemowych rozwiązań, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych (rozwój geriatryj jako specjalizacji, przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki nad starszymi pacjentami, wspieranie i rozwój poradni i opieki geriatrycznej w Polsce);
- ♦ promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna (promocja właściwego stylu życia w sferze zdrowia psychicznego, aktywności intelektualnej, rozwój i wspieranie aktywności fizycznej, itp.);
- ♦ rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych (m.in. zapewnienie odpowiedniej opieki nad osobami o ograniczonej samodzielności poprzez rozwój usług opiekuńczych, opracowanie i wdrożenie systemu teleopieki, stworzenie systemu wsparcia dla opiekunów nieformalnych, itp.).

Zadania realizowane przez Ministra Zdrowia, w ramach Narodowego Programu Zdrowia, tylko w niewielkim stopniu odnosiły się do potrzeb pacjentów w podeszłym wieku. Brak jednolitych i wiarygodnych danych dotyczących programów realizowanych przez JST uniemożliwił rzetelną ocenę stopnia realizacji poszczególnych celów Programu.

²¹ Szczegółowe informacje odnośnie realizacji zadań związanych z przygotowaniem ww. dokumentu posiada Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Dla niektórych wskaźników celu operacyjnego nr 9 trudno było uzyskać jednorodne pod względem metodologicznym dane (dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60. r.ż., poziomu życia gospodarstw domowych osób starszych, nasycenia instytucjonalnymi formami opieki nad osobami starszymi o niepełnej sprawności funkcjonalnej lub mentalnej), w związku z czym trudno było monitorować realizację Programu²². Nie zostały również określone wartości docelowe tych wskaźników.

Istniały również istotne różnice pomiędzy danymi uzyskanymi na podstawie kwestionariuszy przesyłanych do Ministerstwa Zdrowia przez Pełnomocników wojewódzkich do spraw Narodowego Programu Zdrowia, a tymi danymi, które zgromadzono na podstawie informacji przekazywanych przez wojewodów, na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zdaniem NIK, Minister Zdrowia nie posiadał narzędzi do oceny realizacji Celu Operacyjnego nr 9.

2. Przy Ministrze Zdrowia od 2007 r. funkcjonuje Zespół do Spraw Geriatrii/Gerontologii²³.

Zespół został powołany w celu:

- ♦ monitorowania realizacji rekomendacji strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia;
- ♦ opiniowania rozwiązań legislacyjnych i działań opartych o standardy europejskie, w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego personelu medycznego i innych osób realizujących opiekę nad ludźmi starszymi, dystrybucji świadczeń medycznych kierowanych do osób starszych we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, reorganizacji i adaptacji zasobów systemu dla ich efektywniejszego wykorzystania przez osoby starsze, integracji systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej na rzecz poprawy jakości w geriatrii, poprawy dostępności świadczeń geriatrycznych, profilaktyki przedwczesnego starzenia się i ograniczania niepełnosprawności osób starszych;
- ♦ proponowania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki geriatrycznej w Rzeczypospolitej Polskiej, poprawy jakości opieki geriatrycznej, dostępności świadczeń medycznych w tym zakresie, a także stanu zasobów w geriatrii oraz innych celów mających służyć rozwiązywaniu problemów i zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych osób starszych;
- ♦ wsparcia merytorycznego ministra właściwego do spraw zdrowia, polegającego na opracowaniu programów kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, terapeutów środowiskowych oraz przygotowania materiału szkoleniowego, stanowiącego integralną część przedmiotowych programów kształcenia, w ramach projektu systemowego

²² Cel operacyjny nr 9 został sformułowany w sposób niezgodny z koncepcją SMART (akronim od angielskich słów: *Simple, Measurable, Achievable, Relevant, Timely defined.*) Jest to koncepcja formułowania celów w dziedzinie planowania, będąca zbiorem pięciu postulatów dotyczących cech, którymi powinien się charakteryzować poprawnie sformułowany cel. Zgodnie z akronimem tworzącym nazwę koncepcji, sformułowany cel powinien być: prosty – jego zrozumienie nie powinno stanowić kłopotu, sformułowanie powinno być jednoznaczne i nie pozostawiające miejsca na luźną interpretację; mierzalny – a więc tak sformułowany, by można było liczbowo wyrazić stopień realizacji celu, lub przynajmniej umożliwić jednoznaczną „sprawdzalność” jego realizacji, osiągalny; istotny; określony w czasie – cel powinien mieć dokładnie określony horyzont czasowy w jakim zamierzamy go osiągnąć.

²³ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Geriatrii (Dz.Ur. MZ Nr 11, poz. 41), został powołany opiniodawczo-doradczy Zespół do Spraw Geriatrii. 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.Ur.MZ Nr 13, poz. 87 ze zm.).

pn. „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

W wyniku prowadzonych prac, Zespół przygotował programy kształcenia w zakresie opieki geriatrycznej dla lekarzy POZ i innych grup zawodowych. Opracował również dokument pn. „**Standardy postępowania w opiece geriatrycznej**”, który z braku aktywności Ministra Zdrowia, został opublikowany na łamach kwartalnika *Gerontologia Polska* (2013, tom 21, nr 2, 33–47).

Mimo prac nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry, rozporządzenie to nie weszło w życie. Niewprowadzenie standardów postępowania w opiece geriatrycznej w formie powszechnie obowiązującego prawa powoduje, że ich wpływ na jakość i efektywność leczenia pacjentów jest ograniczony.

W ocenie NIK, niewprowadzone dotąd rozporządzeniem Ministra Zdrowia *Standardy* opracowane przez Zespół do Spraw Gerontologii stanowiące podstawę dla tworzenia systemu opieki geriatrycznej, zawierają wymogi, których spełnienie ma poprawić dostęp do odpowiedniej jakości świadczeń adresowanych do osób w wieku podeszłym. **Wprowadzenie Standardów zapewni pacjentom optymalizację opieki, a świadczeniodawcy i płatnikowi – możliwość redukcji kosztów.**

W trakcie kontroli stwierdzono, że Departament Zdrowia Publicznego, który zapewnia obsługę organizacyjno-techniczną Zespołu do Spraw Gerontologii, niewłaściwie dokumentował prace Zespołu – nie zostały sporządzone uchwały, regulamin pracy, protokoły z posiedzeń Zespołu w latach 2007–2013, raporty z działalności – wymagane zgodnie z przepisami zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu do Spraw Gerontologii.

Niewłaściwe dokumentowanie prac Zespołu było przede wszystkim wynikiem nienależytego wypełniania obowiązków wynikających z § 6 zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu do Spraw Gerontologii przez przedstawicieli Departamentu Zdrowia Publicznego oraz braku należytego nadzoru ze strony kierownictwa Departamentu Zdrowia Publicznego.

3. Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, od 1 stycznia 2012 r. realizuje w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego projekt systemowy „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (projekt)²⁴. Zakończenie projektu jest przewidziane do 30 czerwca 2015 r. Jego głównym celem jest poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce poprzez podniesienie kompetencji (szkolenie) kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej. W ramach projektu założono przeszkolenie 2000 lekarzy POZ, 4000 pielęgniarek POZ, 1420 fizjoterapeutów, 400 opiekunów medycznych i 200 terapeutów środowiskowych. Na jego realizację (wartość dofinansowania) przeznaczono 20 918 849 zł. Do dnia 31 sierpnia 2014 r. w szkoleniach wzięło udział:

- ♦ 644 lekarzy POZ (32,20% docelowo zaplanowanych),
- ♦ 1953 pielęgniarek POZ (48,82%),

²⁴ Projekt jest realizowany w oparciu o Decyzję Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2012 r. (zmienianą w dniach 2 lipca 2012 r., 24 kwietnia 2013 r., 7 maja 2014 r.), wniosek o dofinansowanie realizacji projektu nr POKL.02.03.02-00-008/11 oraz dokumenty stanowiące System realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

- ◆ 897 fizjoterapeutów (63,17%),
- ◆ 144 opiekunów medycznych (36,00%),
- ◆ 67 terapeutów środowiskowych (33,50%).

W latach 2012–2014 (do 31 sierpnia) na projekt wydatkowano ogółem 9 182 501,84 zł (43,9% zaplanowanego budżetu); z tego:

- ◆ na organizację specjalistycznych kursów doskonalących w zakresie opieki geriatrycznej dla poszczególnych grup zawodowych (zadania 1–5) przeznaczono 4 500 154,87 zł (49,01% ogółu wydatków, 35,58% kwoty zaplanowanej),
- ◆ na informację i promocję problematyki dotyczącej osób starszych (zadanie 7) – 2 447 741,35 zł (26,66% ogółu wydatków, 51,21% kwoty zaplanowanej),
- ◆ na zarządzanie Projektem oraz koszty pośrednie wydatkowano 2 099 618,77 zł (22,87% ogółu wydatków, 68,24% kwoty zaplanowanej).

NIK zwraca uwagę, że istnieje ryzyko nieosiągnięcia celów założonych w projekcie „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”.

W ciągu 32 miesięcy realizacji projektu (76,2% przewidzianego czasu) wydatkowano nieco ponad 40% budżetu, przy czym na szkolenia poszczególnych grup zawodowych, które stanowią jego istotę, przeznaczono jedynie 35,6% zaplanowanej kwoty, podczas gdy na zarządzanie tym przedsięwzięciem oraz koszty pośrednie – 68,2%. W szkoleniach wzięło udział ogółem 46,2% z zaplanowanej docelowo liczby personelu medycznego, przy najmniejszej reprezentacji lekarzy POZ (32,2%).

Działania informacyjno-promocyjne prowadzone w ramach kampanii kierowane były łącznie do wszystkich grup zawodowych objętych projektem. Beneficjent systemowy (Departament Pielęgniarek i Położnych MZ) nie prowadził analiz oceniających efektywność wydatków związanych z promocją szkoleń wśród poszczególnych grup zawodowych, a tym samym nie posiadał wiedzy, które działania należałoby zintensyfikować, aby osiągnąć założone rezultaty.

4.1.2. Zapewnienie warunków do kształcenia kadry medycznej dla potrzeb opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym

1. Minister Zdrowia nie podjął skutecznych działań poprawiających warunki kształcenia kadry medycznej sprawującej opiekę nad starszymi pacjentami. **Geriatrya, od 23 stycznia 2004 r.**²⁵, m.in. z racji niedoboru lekarzy geriatrów i trudności zabezpieczenia dostępności świadczeń w zakresie geriatry, **jest priorytetową dziedziną medycyny.**

W badanym okresie wzrosła zarówno liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry wykonujących zawód (z 254 do 321 – wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej, na dzień 31.08.2014 r.), jak również liczba poradni geriatrycznych i łóżek na szpitalnych oddziałach geriatrycznych (poradni – z 322 do 356, łóżek – z 871 do 901 – wg danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą). Nie wpłynęło to jednak na wzrost dostępności do świadczeń dla pacjentów korzystających z nich w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jedynie część świadczeniodawców zawarła umowy z NFZ. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej, w 2013 r., 298 specjalistów wykonywało zawód geriatry, ale jedynie 160 lekarzy tej specjalności udzielało świadczeń w ramach kontraktu z Funduszem.

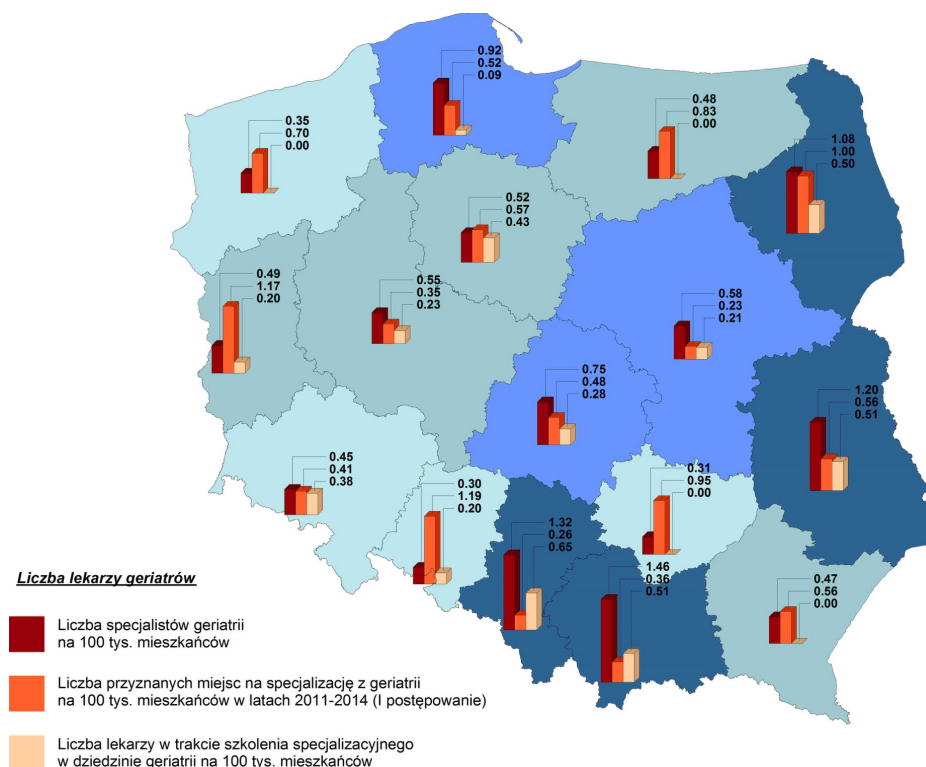
²⁵ Obecnie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. poz. 1489), poprzednio na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. Nr 84, poz. 709) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7).

Ich liczba była zróżnicowana w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i wynosiła od 1 lekarza w Zachodniopomorskim OW (0,01 na 10 tys. mieszkańców) do 42 w Śląskim OW (0,1 na 10 tys. mieszkańców). Na terenie woj. warmińsko-mazurskiego żaden lekarz tej specjalności nie udzielał świadczeń w ramach umowy z NFZ.

Według danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, w dniu 31 marca 2014 r. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie geriatryi odbywało ogółem 119 lekarzy²⁶. Przy tym należy zauważyć, że miejsca szkoleniowe w jednostkach uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie geriatryi nie były w pełni wykorzystywane. Według stanu na dzień 4 lipca 2014 r. wykorzystano (uwzględniając wszystkich lekarzy będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatryi) 80% miejsc szkoleniowych (od 0% w województwie świętokrzyskim do 100% w województwie śląskim). Obrazuje to poniższa rycina.

Rysunek nr 2

Liczba lekarzy specjalistów geriatryi, liczba przyznanych miejsc specjalizacyjnych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w podziale na województwa oraz liczba lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z zakresu geriatryi



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Naczelnej Izby Lekarskiej.

2. W dniu 11 czerwca 2014 r. Minister Zdrowia zatwierdził nowe programy specjalizacji, co umożliwi lekarzom rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego, m.in. w dziedzinie geriatryi, zaraz po ukończeniu stażu podyplomowego. Dotychczas podjęcie szkolenia w dziedzinach szczegółowych, w tym geriatryi, wymagało wcześniejszego uzyskania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny. Wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji umożliwi

²⁶ W tym 3 lekarzy będących funkcjonariuszami w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub pełniący służbę albo zatrudnieni w podmiotach leczniczych utworzonych przez tego ministra.

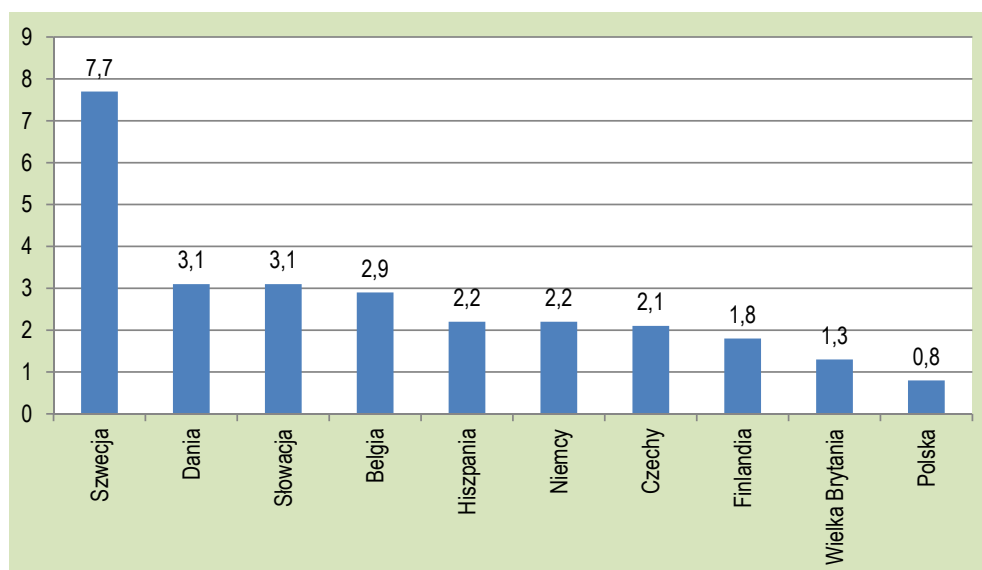
uzyskanie tytułu specjalisty w krótszym, niż dotychczas czasie. Możliwość ubiegania się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w systemie modułowym weszła w życie podczas postępowania kwalifikacyjnego w dniach 1–31 października 2014 r.

Program specjalizacji w dziedzinie geriatry opracowany dla systemu modułowego przewiduje, że specjalizacja ta dla lekarzy bez specjalizacji będzie trwała 5 lat (trzyletni moduł podstawowy w dziedzinie chorób wewnętrznych i dwuletni moduł specjalistyczny w dziedzinie geriatry). Specjalizacje w dziedzinie geriatry w nowym systemie będą mogli odbywać, tak jak dotychczas, również lekarze posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej lub neurologii. Ponadto, dodatkowo wprowadzono możliwość realizowania specjalizacji w dziedzinie geriatry przez lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Dla lekarzy posiadających ww. specjalizacje są opracowywane odpowiednie programy specjalizacji, znacznie krótsze niż dla lekarzy bez specjalizacji.

Wskaźniki dotyczące liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w Polsce, odbiegają znacząco od analogicznych wskaźników w krajach Unii Europejskiej. I dotyczy to nie tylko krajów tzw. „starej Unii”, ale również np. Czech czy Słowacji.

Wykres nr 5

Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w Polsce i wybranych krajach UE



Źródło: Dane Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Wzorce opieki geriatrycznej w innych krajach, ze szczególnym uwzględnieniem krajów UE, K. Wieczorowska-Tobis, materiał z prezentacji podczas Panelu Ekspertów, Warszawa, 25.04.2014 r.

4.1.3. Współpraca Ministra Zdrowia z organami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami w zakresie oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych, skierowanych do osób w wieku podeszłym

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej²⁷ należy m.in. ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi. Minister Zdrowia dokonywał takiej oceny tylko w przypadku

²⁷ Art. 11 ust. 1 pkt 2, zniesiony z dniem 01 stycznia 2015 r.

zgłaszanych problemów dostępności do świadczeń. Zaniechanie tego typu działań stwarzało dodatkowe problemy z racji dużego zróżnicowania regionalnego dostępności świadczeń z zakresu geriatry.

Różnice w wartościach zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w 2013 r., w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i leczeniu szpitalnym, między poszczególnymi województwami sięgały kilku tysięcy procent.

W 2014 r. rzeczywisty czas oczekiwania do poradni wynosił od 0 dni (w województwie lubuskim, podkarpackim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim) do 104 dni (w województwie podlaskim). W przypadku oddziałów geriatrycznych czas ten wynosił od 0 dni (w województwie lubelskim, świętokrzyskim, wielkopolskim) do 136 dni (w województwie podlaskim).

W województwie warmińsko-mazurskim nie było szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, świadczeń nie udzielał żaden lekarz geriatra.

4.2 Narodowy Fundusz Zdrowia

4.2.1. Planowanie i wycena świadczeń adresowanych do osób w wieku podeszłym

1. Ustalone przepisami procedury wymuszają na dysponentach środków na świadczenia opieki zdrowotnej planowanie, wskazują na konieczność dofinansowywania priorytetów, planowanie zakupu środków poprzedzane analizą różnych czynników (także demograficznych), mających wpływ na korzystanie ze świadczeń przez pacjentów w różnych grupach wiekowych. Większość wojewódzkich oddziałów NFZ, mając wiedzę na temat zmian demograficznych, nie przeprowadziła analizy potrzeb i dostępności świadczeń poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym lub przeprowadziła analizy w bardzo niewielkim zakresie i zwiększyła nieznacznie środki na operacje zaćmy i endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego (6 OW NFZ). Jedynie Małopolski i Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadziły w zadowalający sposób analizę potrzeb i dostępności świadczeń dla osób w wieku podeszłym.

2. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej i ich weryfikacja prowadzona w NFZ opiera się na wzorcach brytyjskich wyceny Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)²⁸. Założenia do tej metody były weryfikowane przez okres dwóch lat i obecnie podlegają ciągłej ewaluacji.

Wyceny procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (w tym w geriatry) dokonywane były w oparciu o dane historyczne, z uwzględnieniem wyceny analogicznych świadczeń realizowanych komercyjnie. W Centrali NFZ podejmowano również szereg działań w celu ustalenia danych kosztowych dotyczących realizowanych świadczeń. Podstawą tych prac były wnioski składane przez podmioty lecznicze o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej, udzielone pacjentom w stanach nagłych, w związku z ustawowym obowiązkiem wynikającym z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W obecnym systemie JGP nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością, bo w katalogu grup JGP, w rodzaju leczenie szpitalne, nie występują grupy JGP dedykowane dla zakresu geriatry. Rodzi to pewną sprzeczność między zasadami postępowania medycznego a warunkami ekonomicznymi – leczenie zgodnie z zasadami sztuki medycznej (tu geriatry) prowadzi

²⁸ Gilewski, D. *Jednorodne Grupy Pacjentów. Podstawy systemu*, : http://szkoleniajgp.smartlearn.pl/cms/wp-content/uploads/2011/03/JGP_2_11_07_2010.pdf.

do strat dla szpitala – przeprowadzenie większego zakresu badań i leczenia z korzyścią dla pacjenta wiąże się z większymi stratami dla oddziału i szpitala. Prowadzone są już analizy związku długości czasu hospitalizacji z wiekiem pacjenta. Stanowi to niezbędny element pozwalający rozpocząć prace nad ewentualnym wyłonieniem JGP dedykowanych geriatryi.

3. Pomimo podjętych różnych działań mających urealnić postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne i rozliczenie kosztów w przypadku pacjentów geriatrycznych, do dzisiaj nie ukazały się konkretne systemowe rozwiązania w tym zakresie. Natomiast w ramach ewaluacji wyceny świadczeń, finansowanie jednej z najczęściej występujących w geriatryi grup JGP (A35 – choroby zwyrodnieniowe OUN) została ona zmieniona tak, że zmniejszyły się możliwości rozliczenia części przypadków, bez wypełnienia dość wygórowanych (nie zawsze korzystnych dla pacjenta) warunków. W 2013 r.²⁹ wprowadzono zmiany finansowania grupy A35 – Choroby zwyrodnieniowe OUN. Zmiany te polegały na faktycznym podziale grupy JGP A35 na: grupę finansowaną na poziomie 62 punktów oraz grupę finansowaną na poziomie 22 punktów. Poziom finansowania grupy A35 na poziomie 62 punktów, który obowiązywał w latach 2011–2013, zgodnie z ww. przepisami, był możliwy przy jednoczesnym spełnieniu warunku obligatoryjnego wykonania w ramach tej grupy odpowiedniego zakresu badań: MRI oraz TK mózgu, a ponadto co najmniej czterech z 8 procedur, m. in. ultrasonografii przezczaszkowej, nakłucia lędźwiowego (badanie płynu mózgowo-rdzeniowego), badania genetycznego. Druga podgrupa grupy A35, została wyceniona niżej – na poziomie 22 punktów, z uwzględnieniem jedynie listy rozpoznań klinicznych.

Zmiany warunków finansowania grupy A35 rozważane były w NFZ począwszy od roku 2012, jednakże wszelkie propozycje zmian finansowania tej grupy konsultowane były pisemnie jedynie z Konsultantem Krajowym ds. Neurologii, bez zasięgania opinii specjalistów z zakresu geriatryi, którzy wyrażali negatywną opinię dotyczącą obniżenia finansowania grupy A35, zawartą m.in. w pismach kierowanych do Prezesa NFZ i Ministra Zdrowia. Autorzy wspomnianych pism wskazywali m.in. na niepotrzebne ryzyko leczonych pacjentów, związane z nieuzasadnionym przeprowadzaniem inwazyjnych badań oraz wysokie ryzyko znacznego niedofinansowania procedur geriatrycznych, skutkujące małą opłacalnością kontraktowania tego typu procedur.

W wyniku reakcji specjalistów i ekspertów w zakresie geriatryi, NFZ opracował projekt zmian do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ.

Zmiany zawarte w projekcie zarządzenia wprowadzającego zmiany w zakresie grupy A35, konsultowano ponownie wyłącznie z Konsultantem Krajowym ds. Neurologii, a informacja o udostępnieniu na stronie NFZ projektu ww. zarządzenia zmieniającego (ze wskazaniem terminu 11 kwietnia 2012 r., do którego można było nadsyłać opinie i uwagi dotyczące zmian), została wysłana do Prezesa Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatryi w Polsce, dopiero ostatniego dnia wskazanego przez NFZ, w którym możliwe było złożenie ewentualnych uwag. Proponowane zmiany polegały na zastąpieniu istniejącej do 2013 roku grupy A35 Choroby zwyrodnieniowe OUN, dwiema nowymi grupami: A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN<4 dni, oraz A35D Choroby zwyrodnieniowe OUN>3 dni.

Na skutek napływających uwag o niemożności rozliczenia hospitalizacji w przypadku pobytów dłuższych, ale w trakcie których nie zrealizowano wymaganych w charakterystyce procedur,

²⁹ W załączniku nr 9 do Zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r.

w Zarządzeniu Prezesa NFZ 23/2014 w grupie A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN<4 dni zniesiony został warunek długości hospitalizacji, przy jednoczesnym pozostawieniu niższej wartości punktowej.

Sposób rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych nie sprzyjał rozwojowi oddziałów geriatrycznych. System JGP zakładał finansowanie jednej choroby czy procedury, natomiast pacjent geriatryczny, dotknięty jest z reguły wieloma chorobami jednocześnie, przyjmuje wiele leków i wymaga całościowej diagnostyki oraz kompleksowego postępowania medycznego. W obecnym systemie JGP nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością, bo w katalogu grup JGP, w rodzaju leczenie szpitalne, nie ma grup JGP dedykowanych do realizacji wyłącznie dla zakresu geriatryka.

4. Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, do katalogu świadczeń z zakresu geriatryka, **została wprowadzona Całościowa Ocena Geriatryczna (COG).**

Jest to wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez specjalistę geriatryki w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonowania oraz jakości życia pacjenta powyżej 60 r.ż. Zakres procedur medycznych wykonywanych w ramach COG obejmuje rozszerzony wywiad lekarski, badanie fizykalne poszerzone o elementy oceny neurologicznej, hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu, ocenę funkcji fizycznych, chodu i równowagi oraz funkcji emocjonalnych i poznawczych. Fundusz uznał, że zakres procedur nie odbiega znacząco od tych wykonywanych w ramach porady specjalistycznej, podobnie zakres diagnostyki laboratoryjnej nie różni się od badań wykonywanych standardowo w trakcie hospitalizacji, dlatego też wycenę produktu rozliczeniowego oszacowano na 3 punkty, umożliwiając jednocześnie jego dosumowanie do właściwego ze względu na rozliczenie produktu rozliczeniowego, odpowiednio z załącznika 1a albo 1b do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Wycena świadczenia Całościowa Ocena Geriatryczna w latach 2012–2014 pozostawała na niezmiennym poziomie i wynosiła 3 punkty, czyli 156 zł (przy cenie punktu 52 zł).

Natomiast dotychczas nie wyceniono i nie wprowadzono procedury COG do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w zakresie geriatryka.

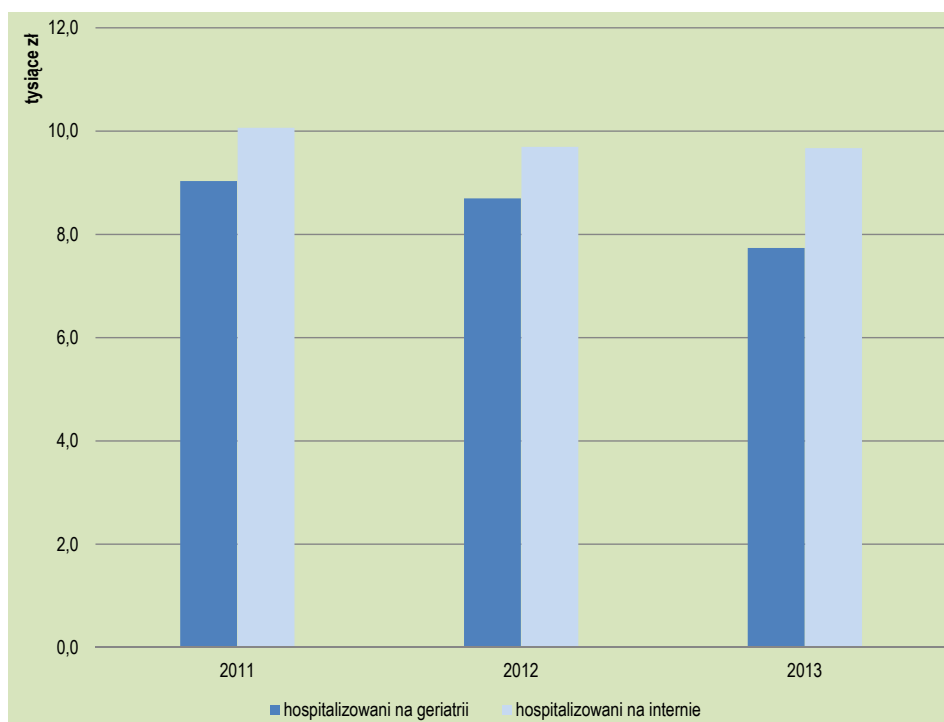
5. W celu oszacowania i porównania kosztów świadczeń udzielanych osobom w wieku podeszłym, NIK przeprowadziła analizę kosztów świadczeń realizowanych w zakresie: geriatryka, wyłącznie w oddziałach geriatrycznych oraz oddziałach chorób wewnętrznych, w zakresie: leczenie szpitalne. W analizie wykorzystano 10 najczęściej występujących grup JGP w geriatryki (wykazywanych w sprawozdaniach do NFZ), co pozwoliło na stworzenie porównywalnych grup pacjentów geriatrycznych i co za tym idzie, bardziej precyzyjną analizę kosztów hospitalizacji pacjentów geriatrycznych w oddziale geriatrycznym w porównaniu do hospitalizacji takich pacjentów w oddziale chorób wewnętrznych.

Badanie zostało przeprowadzone dla grupy osób powyżej 60. roku życia, w podziale na 3 grupy wiekowe: I – 60–74 lata, II – 75–89 lat, III – powyżej 90. roku życia.

Analiza danych dotyczących kosztów hospitalizacji porównywalnych grup pacjentów w oddziałach geriatrycznych i oddziałach chorób wewnętrznych w badanym okresie wskazuje, że średni jednostkowy koszt świadczeń w ciągu 12 miesięcy od wypisu pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych, był wyższy o 1380 zł od średniego jednostkowego kosztu świadczeń w ciągu 12 miesięcy po wypisie porównywalnego pacjenta z oddziału geriatrycznego³⁰. Obrazuje to poniższy wykres.

Wykres nr 6

Średni koszt leczenia pacjenta po hospitalizacji z rozpoznaniem w ramach jednej z 10 grup „geriatrycznych” JGP



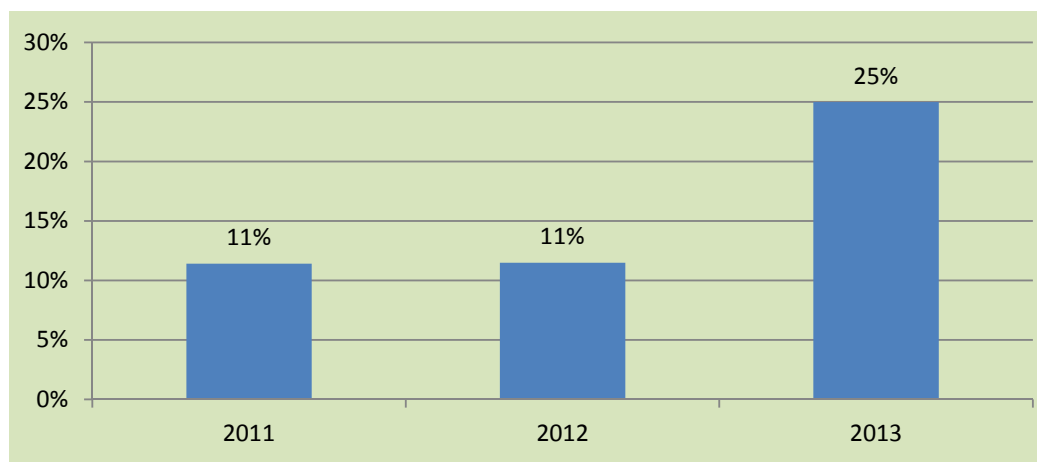
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wartość średnich kosztów na 1 hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych była wyższa, w stosunku do średnich kosztów na 1 hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego i wynosiła: od 11% w roku 2011 i 2012 do 25 % w roku 2013, co zobrazowano na poniższym wykresie:

³⁰ Analizy dokonano na podstawie danych NFZ: porównanie kosztów świadczeń pacjentów z 10 najczęściej występującymi grupami JGP w geriatрії, w ciągu 12 miesięcy po wypisie z oddziału geriatрії i z oddziału chorób wewnętrznych.

Wykres nr 7

Wyrażona w procentach różnica średnich kosztów na 1 hospitalizację dla 12 miesięcy po wypisie z oddziału chorób wewnętrznych i z do oddziału geriatryi



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Na poniżej zamieszczonym schemacie przedstawiono prospektywną ocenę wydatków na leczenie pacjentów w podeszłym wieku hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych w porównaniu do kosztów leczenia porównywalnej grupy pacjentów w oddziałach chorób wewnętrznych.

Rysunek nr 3

Prospektywna ocena wydatków na geriatricę dla grupy 2 tys. pacjentów

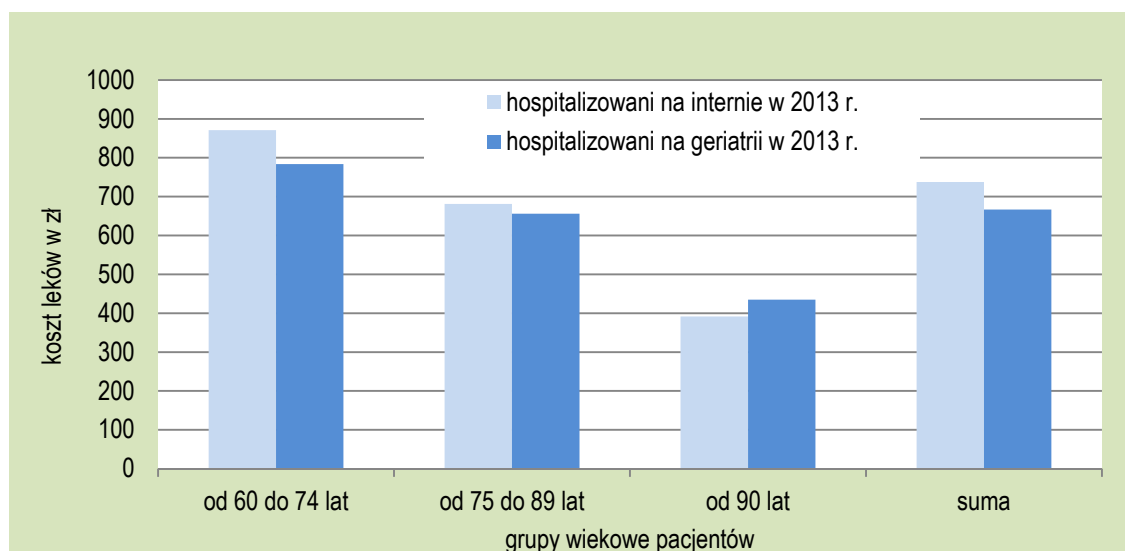


Źródło: Opracowanie własne NIK.

Podobnie kształtowały się koszty leków w okresie 12 miesięcy po wypisie pacjentów geriatrycznych leczonych na oddziałach geriatrycznych, w stosunku do porównywalnej grupy pacjentów leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych. Z uwagi na jakość otrzymanych z Centrali NFZ danych, oceny można dokonać jedynie dla 2011 i 2013 r. Koszt leków pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych, w stosunku do porównywalnej grupy pacjentów leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych, był niższy o 12,6% w roku 2011 i o 10,6% w roku 2013.

Wykres nr 8

Średni koszt leków na jednego pacjenta po hospitalizacji w 2013 r.

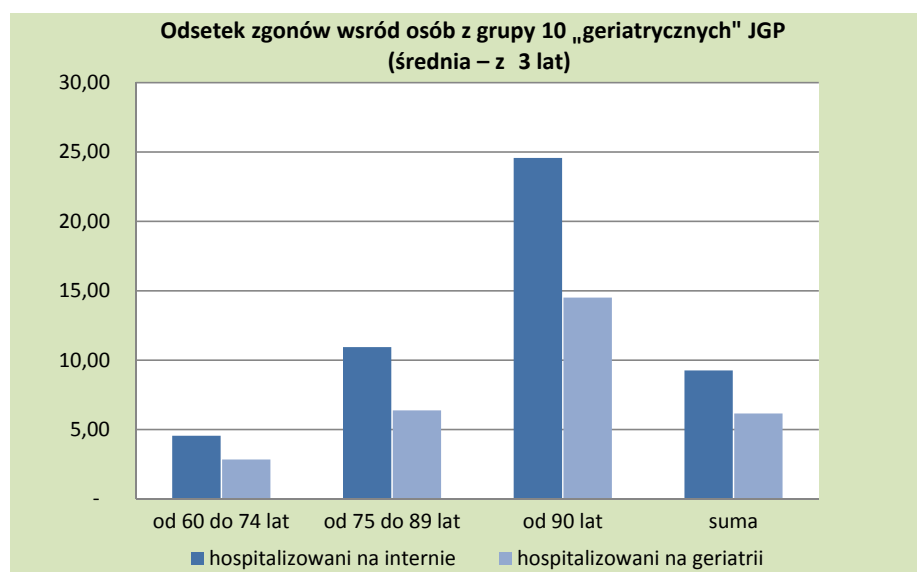


Źródło: Opracowanie własne NIK.

Miarą jakości opieki medycznej nad chorym w starszym wieku jest m.in. umieralność szpitalna i poszpitalna³¹. Przeprowadzona przez NIK analiza wykazała, w badanych grupach pacjentów, większy odsetek zgonów wśród pacjentów oddziałów chorób wewnętrznych w porównaniu do pacjentów oddziałów geriatrycznych. Dotyczy to wszystkich grup wiekowych. Przy czym odsetek zgonów na oddziałach chorób wewnętrznych, w grupie osób powyżej 90 r. ż. był najwyższy. Wyniki analizy zobrazowano na poniższym wykresie.

Wykres nr 9

Porównanie odsetka zgonów badanych grup pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych i w oddziałach geriatryi



Źródło: Opracowanie własne NIK.

³¹ Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical study. N Eng. J Med., 1984, 311:1664-1670

Pozytywny efekt hospitalizacji starszych pacjentów w oddziałach geriatry przedstawiła również metaanaliza Stuck'a i wsp.³². Autorzy opracowania wskazują, iż w czasie roku po hospitalizacji w oddziale geriatrycznym występuje znamienna redukcja ryzyka śmierci, rehospitalizacji, przekazywania pacjentów do opieki instytucjonalnej, a także poprawa sprawności funkcjonalnej pacjenta.

4.2.2. Zapewnienie osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

1. W jednym z trzech OW NFZ objętych kontrolą – Śląskim (ŚOW NFZ) – wśród priorytetów regionalnych³³ znalazły się zadania związane z opieką medyczną nad osobami w wieku podeszłym. Pozostałe nie uznały tej kwestii za priorytetową. Nieuwzględnienie jako priorytetu dostępności do świadczeń geriatrycznych, OW NFZ uzasadniały realizowaniem świadczeń dla tej grupy pacjentów w ramach innych zakresów.

2. Świadczenia dla osób w wieku podeszłym kontraktowane były dla obszaru całego województwa. Było to podyktowane ograniczoną liczbą potencjalnych oferentów i lekarzy specjalistów. Bardziej racjonalne i efektywne ustalanie obszarów kontraktowania – mniejszych niż województwo – uwzględniające zmniejszenie dystansu między miejscem zamieszkania pacjenta, a miejscem udzielania świadczenia, będzie możliwe przy bardziej rozbudowanej sieci potencjalnych świadczeniodawców.

3. Kontrolowane oddziały NFZ współpracowały z konsultantami wojewódzkimi. Ich opinie i stanowiska były wykorzystywane przy kontraktowaniu, przygotowaniu planów zakupów, finansowaniu świadczeń czy rozwiązywaniu konkretnych problemów. Współpraca ta polegała na spotkaniach, wymianie korespondencji w ww. zakresie, jak również zwracaniu się do konsultantów o wyrażenie opinii na temat danego rodzaju świadczeń, konkretnego sprzętu oraz z prośbami o przeprowadzenie kontroli. W ŚOW NFZ, zgłaszane przez konsultanta problemy dotyczące funkcjonowania oddziałów geriatrycznych miały wpływ na przyjęcie geriatry jako priorytetu regionalnego.

4. Łączna liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu geriatry w poszczególnych Oddziałach NFZ, była w roku 2013 wyższa w stosunku do 2011 r., zarówno w rodzaju LSZ, jak i AOS. Jednak występuje znaczne zróżnicowanie regionalne w tym zakresie. Wartości zrealizowanych świadczeń z zakresu „geriatria” w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i lecznictwie szpitalnym różniły się nawet o kilka tysięcy procent. Na przykład, w 2013 r. wartość tych świadczeń w AOS w województwie podkarpackim wynosiła 2,61 zł, podczas gdy w województwie śląskim – 179,78 zł, czyli była o 6.791,2% wyższa. Średnia wartość tych świadczeń dla całego kraju wynosiła 70,94 zł.

W lecznictwie szpitalnym analogicznie: najniższa wartość zrealizowanych świadczeń była w województwie mazowieckim – 70,38 zł, najwyższa – w województwie śląskim i wynosiła 4 650,14 zł, tj. o 6 507,2% więcej. Średnia wartość tych świadczeń dla całego kraju wyniosła 1 712,44 zł.

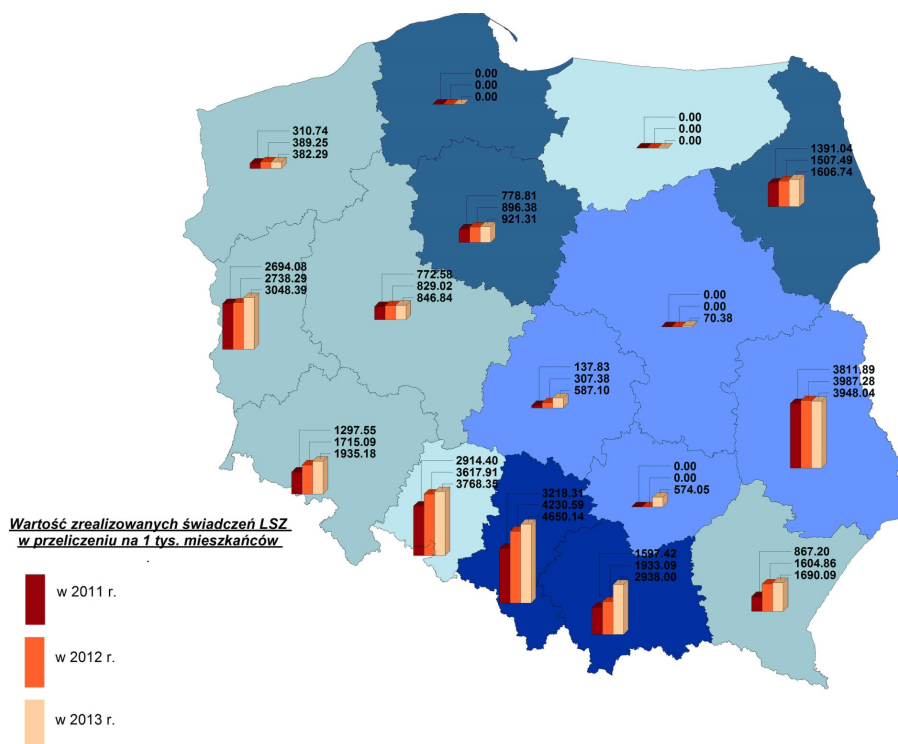
Wartości zrealizowanych świadczeń, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach, w porównaniu do średnich wartości dla całej Polski ilustrują obydwa poniższe rysunki.

³² Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: meta-analysis of controlled trial. *Lancet* 1993; 342 (8878): 1032-6.

³³ Priorytety regionalne – istotne zadania, niesprzeczne z priorytetami centralnymi lub ogólnopolskimi, mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia, w ramach zadań realizowanych przez NFZ, określone przez OW NFZ, ukierunkowane na obszar województwa lub mniejszy.

Rysunek nr 4

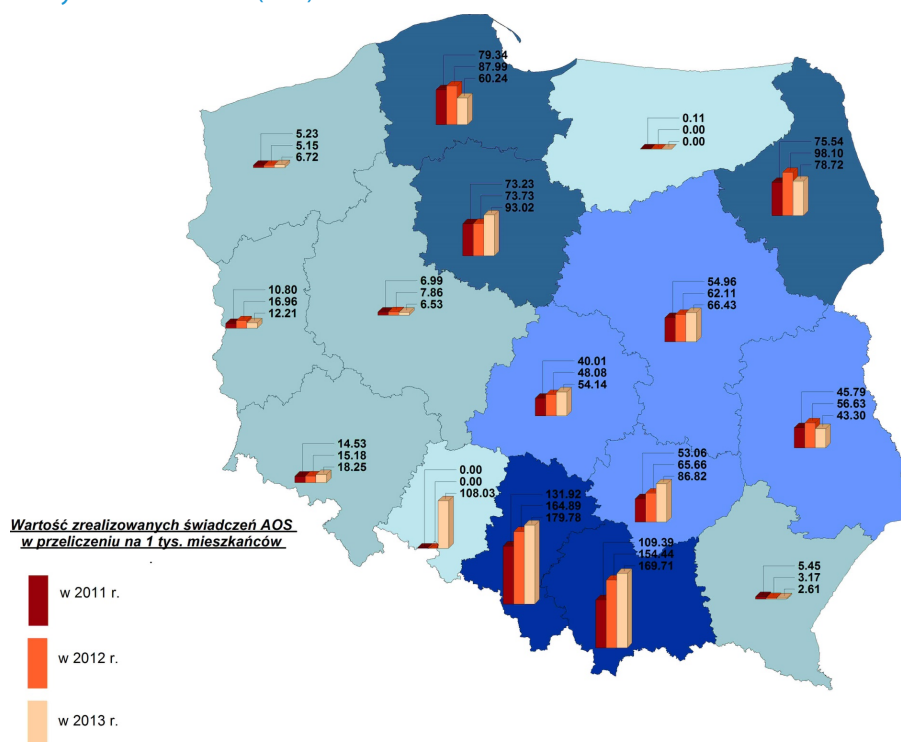
Wartość zrealizowanych świadczeń z zakresu geriatry w rodzaju „leczenie szpitalne”, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców (w zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ i GUS.

Rysunek nr 5

Wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju „ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, w zakresie „geriatria”, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców (w zł)

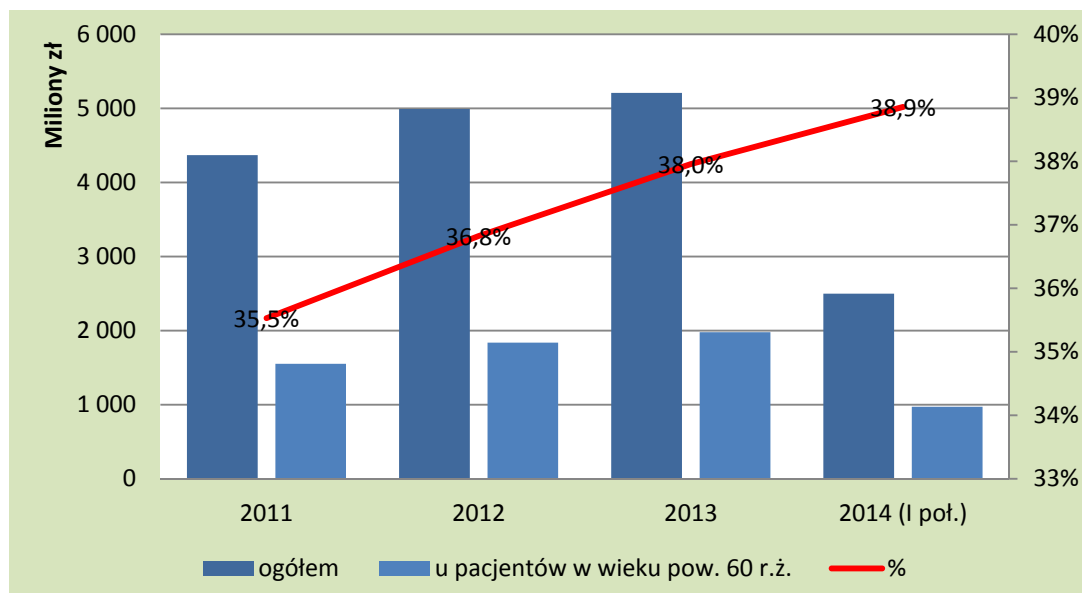


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych MZ i GUS.

Liczba osób ubezpieczonych w wieku powyżej 60. roku życia w latach 2011–2014 wzrosła o 3,3%. Udział świadczeń udzielonych tym pacjentom w ogólnej wartości świadczeń ilustrują poniższe wykresy.

Wykres nr 10

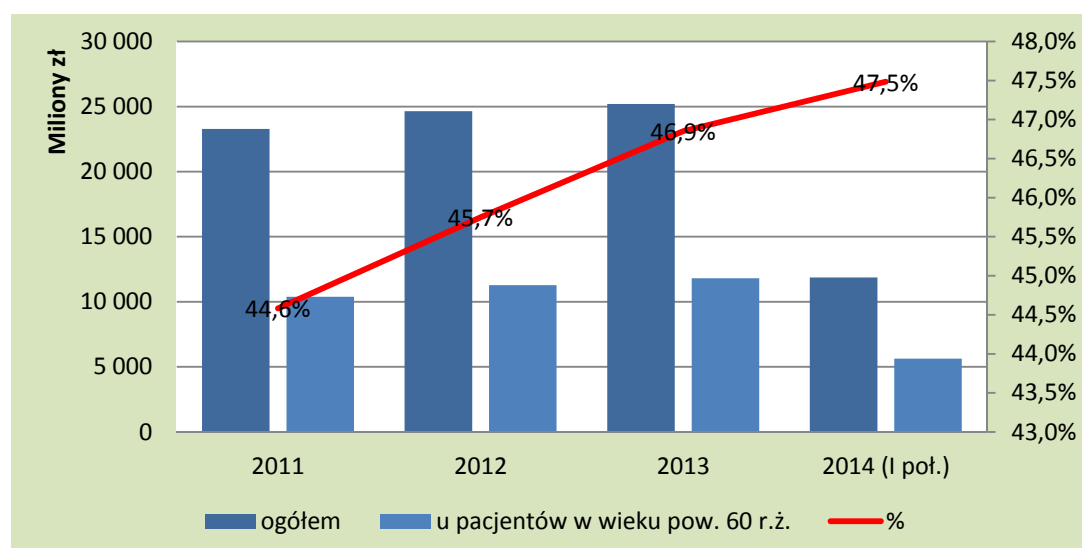
Wartość zrealizowanych świadczeń w ramach ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ogółem i dla osób w podeszłym wieku



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 11

Wartość zrealizowanych świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego – ogółem i u osób w wieku podeszłym



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku, wydłużyła się jednocześnie kolejka osób oczekujących na te świadczenia.

Odsetek poradni geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania, w ramach umowy z NFZ, spadł w latach 2011-2014 z 44% do 26%, a oddziałów geriatrycznych – z 50% do 36%. Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w poradni geriatrycznej, mierzony medianą, wzrósł z 5 do 14 dni, a na przyjęcie na oddział geriatryczny – z 2 do 10 dni. W sześciu województwach ten czas oczekiwania wzrósł, mimo wzrostu wartości świadczeń zrealizowanych w 2013 r. w stosunku do roku 2011.

Liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni geriatrycznej w latach 2011–2014 (przypadek stabilny) wzrosła z 454 do 571, tj. o 25,8%. W przypadku oddziału geriatrycznego wzrost ten był jeszcze większy – o 225,4% (z 342 do 1 113 osób).

4.2.3. Finansowanie świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym

Cyklicznie analizowano poziom realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, przeprowadzano szczegółowe analizy poziomu wykonania umów, w tym w związku z wnioskami świadczeniodawców o zmianę ich warunków. Wyniki analiz służyły komisjom konkursowym do oceny zaoferowanej liczby świadczeń i stanowiły podstawę do sformułowania propozycji przyszłego kontraktu. Poziom wykonania umów z roku poprzedniego uwzględniano również w procesie ustalania warunków finansowych w danym roku.

W okresie objętym kontrolą zaobserwowano z jednej strony „nadwykonania” w zakresie geriatry w rodzaju LSZ, które stanowiły od 3,0% do 5,0% wartości zakontraktowanych umów, z drugiej strony – „niedowykonania” w zakresie geriatry w rodzaju AOS, które wyniosły od 0,3% do 15,2% wartości zawartych umów. W ramach AOS jedynie w 2011 r. zrealizowano „nadwykonania” stanowiące 1,5% wartości umów.

Analiza danych z poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ wykazała, że głównymi przyczynami „nadwykonań” w realizacji umów z NFZ w okresie objętym kontrolą w badanym zakresie, były m.in.: stały wzrost liczby osób po 60 roku życia i związane z tym zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu geriatry, przy stosunkowo małej liczbie podmiotów udzielających takich świadczeń.

„Niedowykonania” spowodowane były m.in. niską zgłaszalnością pacjentów w podeszłym wieku, których lekarze POZ kierowali do innych niż geriatryczne poradni specjalistycznych, odpowiadających dziedzinie medycyny właściwej dla danej jednostki chorobowej, a także korzystaniem z możliwości rozliczania większości badań w poz. diagnostyka oraz leczenie pozostawały w kompetencji lekarza rodzinnego. Oddziały Wojewódzkie NFZ sporadycznie prowadziły kontrole w podmiotach udzielających świadczeń z zakresu geriatry.

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości dotyczyły między innymi, nieudzielania świadczeń, niewłaściwego prowadzenia dokumentacji, niezgłoszenia do Oddziału zmian dotyczących personelu udzielającego świadczeń, rozbieżności pomiędzy rozpoznaniem przekazanym w raportach statystycznych a danymi wynikającymi z indywidualnej dokumentacji medycznej. Łączna kwota nałożonych przez Oddziały kar wyniosła 49,5 tys. zł.

4.3 Świadczeniodawcy

4.3.1. Prawidłowość wykonania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia

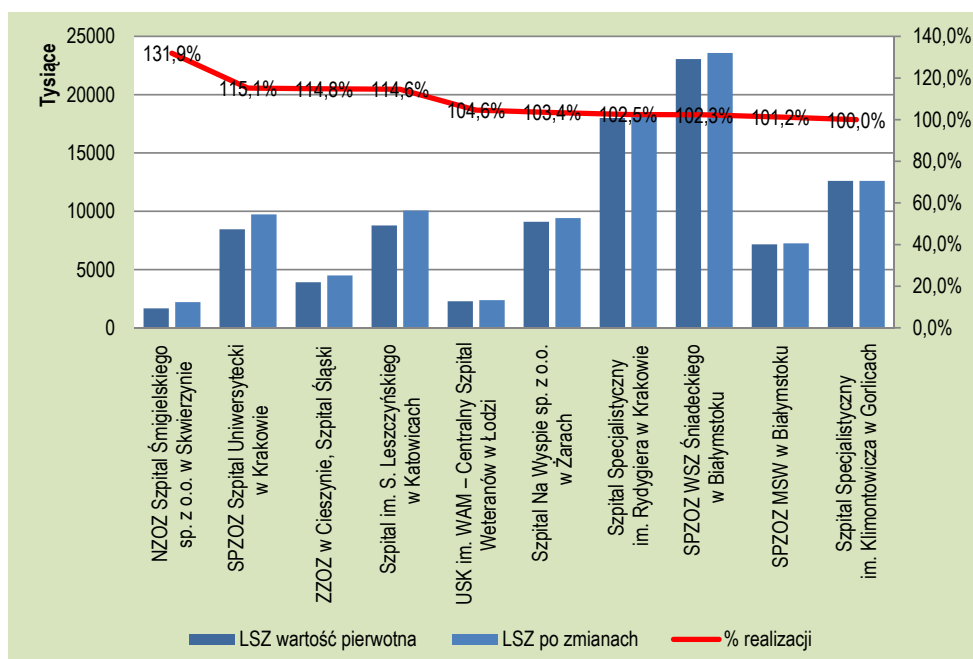
Prawidłowość wykonania umów zawartych z NFZ oraz organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad osobami w podeszłym wieku skontrolowano w 11 podmiotach³⁴. Wśród nich było osiem oddziałów z łózkami geriatrycznymi (oddziały geriatryczne, oddział internistyczno-geriatryczno-gastroenterologiczny, oddział chorób wewnętrznych i geriatryi), dwa oddziały chorób wewnętrznych, osiem poradni geriatrycznych, pięć poradni POZ, jeden Dzienny Ośrodek Psychogeriatryczny.

Wykaz skontrolowanych świadczeniodawców (wraz z pełną listą skontrolowanych oddziałów i poradni), jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole oraz sformułowanych ocen przedstawiono w załączniku nr 1 do informacji.

We wszystkich podmiotach objętych kontrolą odnotowano wzrost wartości świadczeń w rodzaju LSZ w trakcie ich realizacji, natomiast w stosunku do większości umów w rodzaju AOS – niepełną ich realizację.

Wykres nr 12

Stopień realizacji skontrolowanych świadczeń w rodzaju „leczenie szpitalne”

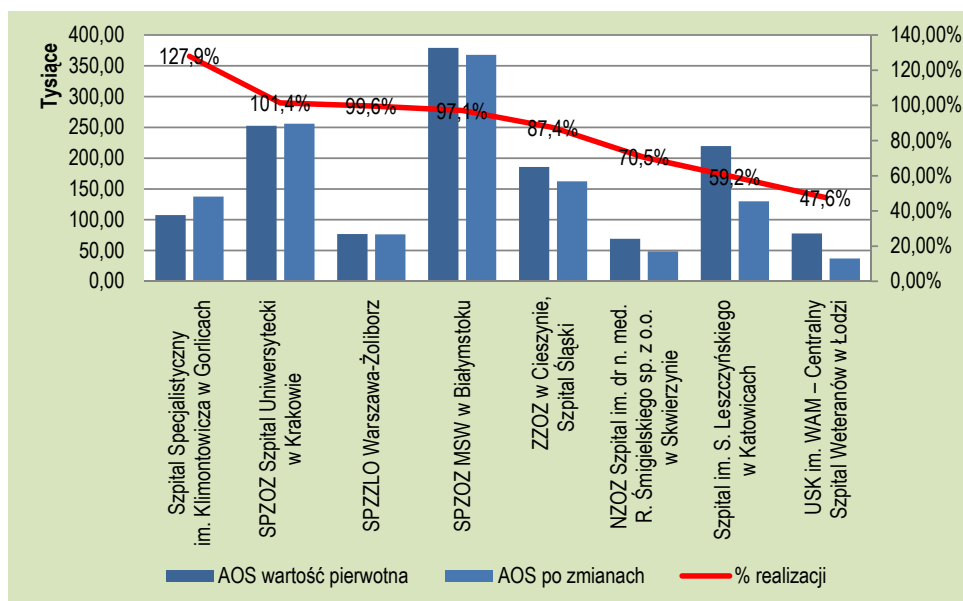


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli jednostkowych.

³⁴ Dziewięć podmiotów w trakcie kontroli planowej i dwa – podczas doraźnej kontroli rozpoznawczej.

Wykres nr 13

Stopień realizacji skontrolowanych świadczeń w rodzaju „ambulatoryjna opieka specjalistyczna”

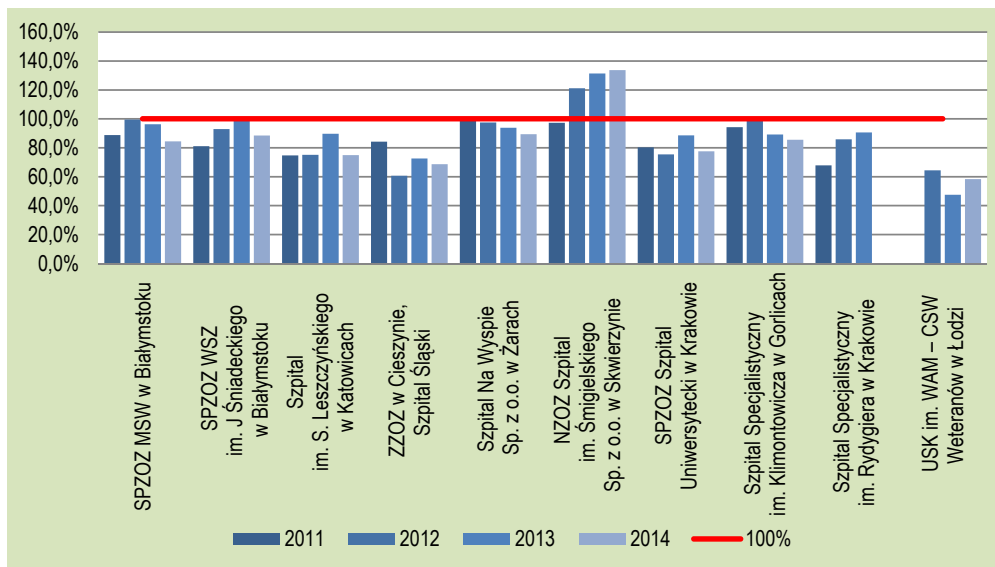


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli jednostkowych.

Przychody z tytułu realizacji umów z NFZ w większości przypadków nie pokrywały kosztów udzielania świadczeń. Stopień refundacji kosztów świadczeń w rodzaju LSZ zawierał się w przedziale od 47,5% do 133,7%, a w rodzaju AOS – od 15,4% do 185,0%.

Wykres nr 14

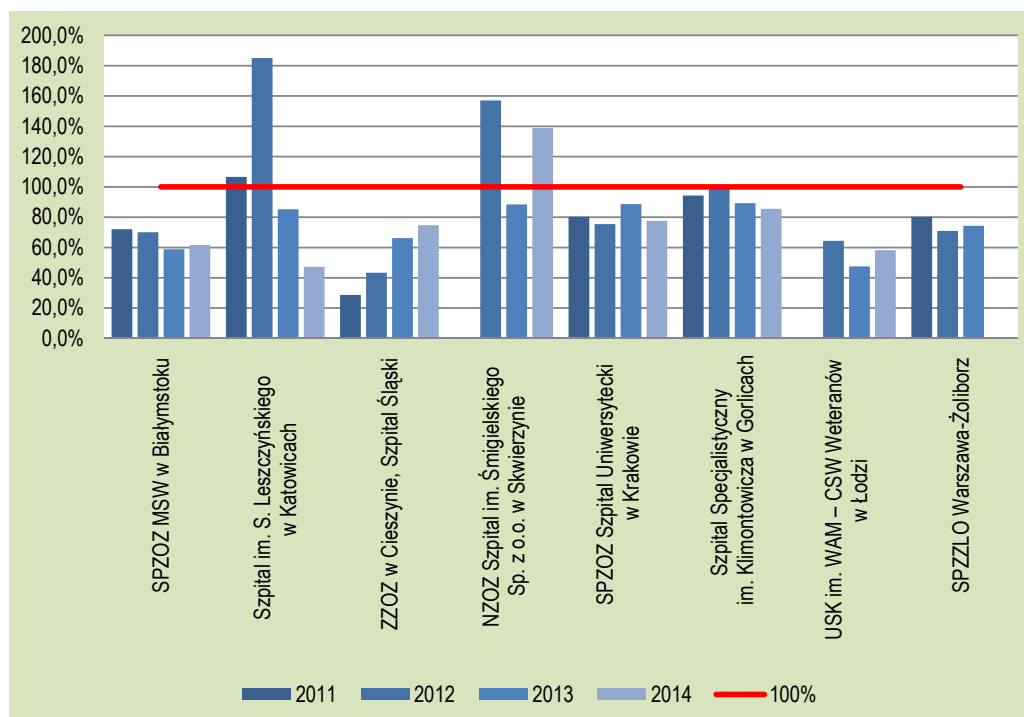
Stopień refundacji kosztów udzielania świadczeń w rodzaju „leczenie szpitalne”



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli jednostkowych.

Wykres nr 15

Stożenie refundacji kosztów udzielania świadczeń w rodzaju „ambulatoryjna opieka specjalistyczna”



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli jednostkowych.

Różnice między kosztami udzielania świadczeń a kwotą refundacji NFZ pokrywane były przez świadczeniodawców ze środków własnych, uzyskanych z przychodów komercyjnych lub innych, korzystniej wycenionych procedur.

Należy przy tym zauważyć, że żaden z objętych kontrolą podmiotów nie szacował kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych, co uniemożliwia rzetelną wycenę procedur i nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, które z nich są przeszacowane, a które niedoszacowane.

4.3.2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

1. Zasoby będące w dyspozycji 11 skontrolowanych świadczeniodawców służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym warunki lokalowe, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt były zgodne z obowiązującymi przepisami.

2. *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*, opracowane przez Zespół do Spraw Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, które stanowią fakultatywne źródło wiedzy dla podmiotów udzielających świadczeń pacjentom w wieku podeszłym, określają między innymi formy organizacyjne opieki geriatrycznej i ich zadania, zakres świadczeń i badań laboratoryjnych, procedury diagnostyczno-terapeutyczne, procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne, procedury psychologiczne, wymogi dotyczące wyposażenia poszczególnych rodzajów podmiotów, kwalifikacje personelu, normy dotyczące liczby specjalistów w stosunku do liczby pacjentów, kryteria włączenia pacjenta do poszczególnych form opieki. Wśród skontrolowanych podmiotów, żaden nie stosował w pełni ww. standardów.

Na oddziałach geriatrycznych jedynie u 14,3% pacjentów przeprowadzona była Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Podstawą postępowania diagnostyczno-terapeutycznego były elementy COG. Długość pobytu pacjentów wymagających szerokiej diagnostyki i złożonej terapii, a także pacjentów oczekujących na przyjęcie do zakładów opieki długoterminowej przekraczała sugerowany maksymalnie czas. Na oddziałach chorób wewnętrznych zaobserwowano zjawisko tzw. „sezonowości” związane z umieszczaniem w oddziale zwiększonej liczby pacjentów w okresach świąt oraz sezonie urlopowym. W tych okresach trudniej też jest nawiązać kontakt z rodziną pacjentów.

3. W poradniach i w oddziałach geriatrycznych pacjentami były przede wszystkim osoby zamieszkujące miejscowość lub powiat, w której placówka się znajdowała.

4. W poradniach POZ pacjenci w wieku podeszłym stanowili średnio 22,9% wszystkich pacjentów, przy czym z roku na rok udział ten był większy.

Lekarze POZ tylko w jednej poradni uczestniczyli w kursie specjalistycznym dedykowanym opiece nad osobami w wieku podeszłym („Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, współfinansowanym ze środków POKL). Podobnie, pielęgniarki POZ uczestniczyły tylko w jednym szkoleniu poświęconym opiece geriatrycznej (było to również „Wsparcie systemu kształcenia...”).

Pacjenci POZ rzadko byli kierowani do poradni geriatrycznych, mimo, że mieli do tego wskazania. Lekarze spotykali się ze strony pacjentów z odmową przyjęcia skierowania do poradni geriatrycznej, co wynikało między innymi z braku akceptacji procesu starzenia.

Stwierdzono, że u pacjentów leczonych w poradni geriatrycznej ograniczona została liczba przyjmowanych leków, w skrajnym przypadku – z siedmiu do trzech.

5. Głównymi wskazaniami do leczenia na oddziałach szpitalnych skontrolowanych podmiotów – zarówno geriatrycznych, jak i chorób wewnętrznych, były zaostrzone stany lub nasilenie schorzeń przewlekłych – neurologicznych, kardiologicznych, reumatologicznych. W poradniach geriatrycznych lekarze odnotowywali najczęściej zaburzenia pamięci świeżej, otępienie, pogorszenie nastroju, problemy z chodzeniem.

6. W podmiotach objętych kontrolą przeprowadzane były badania satysfakcji pacjenta, w których pacjenci dobrze oceniali funkcjonowanie tych placówek i jakość opieki. Najlepiej oceniana była opieka pielęgniarska (średnio 95% ocen dobrych i bardzo dobrych), nieco gorzej oceniano opiekę lekarską oraz otoczenie szpitalne i warunki organizacyjne (79,8%).

7. Nieprawidłowości stwierdzone przez NIK w trakcie kontroli polegały przede wszystkim na:

- nieprawidłowym prowadzeniu i ocenianiu list oczekujących (36,4% przypadków),
- nieterminowym przekazywaniu raportów miesięcznych o liczbie oczekujących (18,2%),
- nieaktualizowaniu danych o potencjale wykonawczym (36,4%),
- wykazywaniu w ofercie danych niezgodnych ze stanem faktycznym (9,1%).

8. W trakcie kontroli zwrócono uwagę na „dobre praktyki” stosowane przez świadczeniodawców.

Jedną z nich było wprowadzenie procedury dotyczącej przebiegu, metod nadzoru i monitorowania procesu leczenia pacjenta, która miała na celu osiągnięcie maksymalnych efektów leczenia. Procedura ta stosowana była w oddziale geriatrycznym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralnym Szpitalu Weteranów w Łodzi.

Również w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku, w oddziale geriatry wprowadzono Procedurę Oddziału, która dotyczy postępowania z pacjentami od momentu przyjęcia do oddziału. Procedura ta dotyczy stosowanej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji przyłóżkowej, a także wykonywania zabiegów.

W Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz, poza działalnością polegającą na udzielaniu świadczeń, zorganizowany został również Klub Seniora. Funkcjonowanie Klubu finansowane było ze środków SPZZLO i koncentrowało się na pomocy psychologicznej, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Działalność Klubu miała na celu uaktywnianie osób w podeszłym wieku, podnoszenie samooceny, przełamywanie stereotypów dotyczących kwestii starzenia się.

4.3.3. Współpraca i współdziałanie lekarzy z innymi elementami systemu ochrony zdrowia oraz jednostkami samorządu terytorialnego

- 1.** Organizacją współpracy między kontrolowanymi podmiotami a placówkami opieki społecznej zajmowali się zwykle zatrudnieni w nich pracownicy socjalni. Organizowali oni usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania pacjenta, kierowali i umieszczali pacjentów w domach pomocy społecznej, sprawdzali środowisko życia tych pacjentów. W szczególnych przypadkach współpracowali z sądami i policją.
- 2.** Lekarze poradni geriatrycznych otrzymywali dokumentację leczenia swoich pacjentów poza tą placówką, od nich samych. Pacjenci przedkładali zewnętrzną dokumentację o wynikach swoich badań, karty leczenia szpitalnego oraz informacje od innych specjalistów w trakcie wizyty .
- 3.** Na oddziałach szpitalnych lekarze posiadali wiedzę na temat leczenia pacjentów poza placówką. Przy czym w większości przypadków informacje te pochodziły z wywiadu przeprowadzonego z pacjentem lub jego bliskimi. W sytuacji, gdy pacjent był samotny, miał upośledzone funkcje poznawcze lub zaburzenia świadomości, nie można było takiej wiedzy uzyskać.

5.1 Przygotowanie kontroli

Do przygotowania programu kontroli wykorzystano informacje z wcześniej prowadzonych kontroli, treść interpelacji poselskich dotyczących tego zagadnienia, a także teksty i opracowania naukowe i publicystyczne dotyczące problemów zdrowotnych i opieki medycznej osób w podeszłym wieku. Wspomagano się również informacjami uzyskanymi od Konsultanta Krajowego w dziedzinie geriatry, jak również ekspertyzą, przygotowaną przez biegłego powołanego przez NIK.

W dniu 25 kwietnia 2014 r. w Centrali NIK odbył się panel ekspertów, w którym wzięli udział przedstawiciele władz oraz specjaliści w dziedzinie geriatry. Dyskusja dotyczyła aspektów organizacyjnych i finansowych opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, w kontekście zmian demograficznych – szybko starzejącego się społeczeństwa. Zwrócono uwagę także na poziom finansowania procedur adresowanych do osób starszych, dostępność do świadczeń, sytuację kadrową w poszczególnych grupach zawodów medycznych zaangażowanych w opiekę nad tymi pacjentami.

Departament Zdrowia przeprowadził również doraźne kontrole rozpoznawcze w dwóch podmiotach świadczących opiekę medyczną dla osób w podeszłym wieku³⁵.

Przed rozpoczęciem kontroli, do wszystkich koordynatorów w delegaturach NIK, biorących udział w tej kontroli, został wysłany pakiet materiałów informacyjnych, w tym opracowań naukowych, dotyczących kontrolowanego zagadnienia. Zorganizowana została także narada śródkontrolna.

Z racji na specyfikę zagadnienia, jakim jest opieka medyczna dla osób w podeszłym wieku, osoby biorące udział w kontroli uczestniczyły, w celu poszerzenia wiedzy na temat badanego zagadnienia, w kilku naukowych konferencjach poświęconych opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku.

5.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono od 19 maja 2014 r. do 3 listopada 2014 r. (data wysłania ostatniego wystąpienia pokontrolnego do Ministra Zdrowia). Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim kierownikom 14 kontrolowanych jednostek.

Pod adresem Ministra Zdrowia skierowano wnioski o:

- stworzenie prawnych i organizacyjnych rozwiązań systemowych usprawniających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym,
- ustalenie docelowych wskaźników dotyczących kadry medycznej sprawującej opiekę nad pacjentami w wieku podeszłym,
- udoskonalenie metodologii monitorowania realizacji celów NPZ,
- dokonywanie bieżącej oceny dostępności świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry w konsultacji z samorządami województw,
- zwiększenie nadzoru nad Departamentem Zdrowia Publicznego w celu zorganizowania właściwej i skutecznej współpracy z Zespołem do Spraw Gerontologii,
- zrealizowanie ustawowego obowiązku utworzenia Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.

³⁵ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi oraz w Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz.

Do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wnioskowano o:

- planowanie i kontraktowanie świadczeń adresowanych do osób powyżej 60 roku życia, z uwzględnieniem rozpoznania lokalnych potrzeb, z wykorzystaniem istniejących dobrych praktyk w tym zakresie (np. w Małopolskim i Łódzkim OOWNFZ),
- dołożenie starań przy wycenie i zmianach finansowania procedur geriatrycznych, aby zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Centrali NFZ, w pełni uwzględniać opinie przedstawicieli wszystkich środowisk, których te zmiany dotyczą,
- wykorzystanie w działalności Funduszu, analizy dokonanej przez NIK, która wskazuje, iż średni jednostkowy koszt świadczeń w ciągu 12 miesięcy od wypisu pacjenta z oddziału geriatrycznego był znacząco niższy od średniego jednostkowego kosztu świadczeń w ciągu 12 miesięcy po wypisie porównywalnego pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych.

Wniosek skierowany do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ dotyczył podjęcia działań w celu wyeliminowania przypadków zatwierdzania zmian zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w AOS w zakresie geriatry, które dotyczą warunków podlegających ocenie przy wyborze oferty.

Wnioski sformułowane pod adresem świadczeniodawców koncentrowały się wokół następujących kwestii:

- prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu geriatry zgodnie z zasadami określonymi w art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i przez osoby posiadające stosowne upoważnienia administratora danych osobowych,
- dokonywania okresowej oceny list oczekujących na świadczenie z zakresu geriatry z zachowaniem wymogów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczących składu Zespołu oceny przyjęć oraz częstotliwości i przedmiotu oceny dokonywanej przez ten Zespół,
- terminowego przekazywania OW NFZ rzetelnych raportów o kolejkach oczekujących na udzielenie świadczenia,
- rzetelnego sporządzania ofert składanych do OW NFZ w konkursach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie posiadanego sprzętu i zasobów kadrowych, przekazywania do OW NFZ rzetelnych danych o posiadanych zasobach (sprzętowych i kadrowych) i ich terminowego uaktualniania,
- zapewnienia świadczeniobiorcom możliwości umawiania wizyt drogą elektroniczną.

Do dwóch wystąpień pokontrolnych wpłynęły zastrzeżenia – po kontroli w Ministerstwie Zdrowia oraz w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Adresaci wystąpień pokontrolnych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków. Według stanu na dzień 12 grudnia 2014 r. zostało zrealizowanych siedem wniosków, dziewięć jest w trakcie realizacji, jedenastu dotychczas nie zrealizowano.

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrol

Lp.	Nazwa jednostki uczestniczącej	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna NIK
1.	Delegatura NIK w Białymstoku	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku	Pozytywna
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku (Oddział Geriatryczny, Poradnia Geriatryczna, Poradnia Lekarza Rodzinnego);	Pozytywna
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku (Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii, Gabinet Lekarza Rodzinnego)	Pozytywna
2.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach	Pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Szpital im. S. Leszczyńskiego w Katowicach (Oddział Geriatryczny, Poradnia Geriatryczna)	Pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Szpital Śląski (Oddział Geriatryczny, Poradnia Geriatryczna)	Pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
3.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze	Pozytywna
		Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach (Oddział Geriatryczny, OW NFZ nie kontraktuje zakresu AOS Geriatria)	Pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. Dr n. med. R. Śmigielskiego sp. z o.o. w Skwierzynie (Oddział Internistyczno-Geriatryczno-Gastroenterologiczny, Poradnia Geriatryczna)	Pozytywna
4.	Delegatura NIK w Krakowie	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie (Oddział Chorób Wewnętrznych, POZ)	Pozytywna
		Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach (Oddział Geriatryczny, Poradnia Geriatryczna, Poradnia Lekarza Rodzinnego)	Pozytywna
5.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	Opisowa
		Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	Opisowa
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie (Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, Poradnia Geriatryczna, POZ)	Pozytywna
		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz (kontrola rozpoznawcza) (Poradnia Geriatryczna, Dzienny Ośrodek Psychogeriatryczny)	Pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości
		Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi (kontrola rozpoznawcza) (Oddział Geriatryczny, Poradnia Geriatryczna)	Pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości

Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Obowiązek zapewnienia obywatelom przez władze publiczne równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych został określony w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³⁶.

Zgodnie z art. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej³⁷, zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, obejmują między innymi tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Starzenie się społeczeństw i zarazem postęp w medycynie rodzi wyraźne konsekwencje. Z jednej strony – wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego, a z drugiej wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki medycznej – stworzenie sprawnego systemu opieki zdrowotnej dla starszych osób.

Specjalistyczne podejście geriatryczne wobec osób w starszym wieku niesie wymierne korzyści. Pozwala lepiej i skuteczniej rozwiązać i zoptymalizować problemy zdrowotne osób starszych, umożliwiając im bardziej komfortowe i samodzielne funkcjonowanie. Stworzenie sprawnie działającego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, daje także możliwość znacznie lepszego wydatkowania środków w systemie finansowania opieki zdrowotnej.

Sposób rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych stanowi barierę w rozwoju oddziałów geriatrycznych. System JGP zakłada finansowanie jednej choroby czy procedury, natomiast pacjent geriatryczny, dotknięty jest z reguły wieloma chorobami jednocześnie, przyjmuje wiele leków i wymaga całościowej diagnostyki oraz kompleksowego postępowania medycznego. W obecnym systemie JGP nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością, ponieważ w katalogu grup JGP, w rodzaju leczenie szpitalne, nie ma grup JGP dedykowanych do realizacji wyłącznie dla zakresu geriatry.

Rada Ministrów przyjęła założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, które zaczęły obowiązywać z dniem 4 lutego 2014 roku³⁸. Obszar dotyczący ochrony zdrowia osób starszych jest w polityce senioralnej identyfikowany jako jeden z najważniejszych. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej³⁹ w Polsce na lata 2014–2020 (ZDPS) są wykonaniem zobowiązania przewidzianego w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 (Program ASOS).

Powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do Spraw Gerontologii⁴⁰, opracował „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej” (załącznik nr 4). Nie zostały one jednak wprowadzone przez

³⁶ Art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.).

³⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164 poz. 1027 ze zm.).

³⁸ Uchwała Nr 238 Rady Ministrów 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).

³⁹ Polityka senioralna – jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się.

⁴⁰ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania zespołu do spraw geriatry (Dz.Urz. MZ Nr 11, poz. 41), został powołany opiniodawczo-doradczy zespół do spraw geriatry. 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.Urz.MZ Nr 13, poz. 87 ze zm.).

Ministra Zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa, przez co ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie na jakość i efektywność leczenia pacjentów, jest ograniczona⁴¹. Starzenie się społeczeństw i zarazem postęp w medycynie rodzi wyraźne konsekwencje. Z jednej strony – wzrost kosztów opieki medycznej i świadczeń wsparcia socjalnego, a z drugiej wyzwanie organizacyjne dla systemu opieki medycznej – stworzenie sprawnego systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku.

⁴¹ Standardy, zostały opublikowane na łamach kwartalnika Gerontologia Polska (2013, tom 21, nr 2, 33–47).

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) uchylona z dniem 1 lipca 2011 r. i zastąpiona przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr z 2013 poz. 217 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164 poz. 1027 ze zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484).
6. Uchwała Nr 238 Rady Ministrów 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).
7. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw geriatry (Dz.Urz.MZ z 2007 r., Nr 11, poz. 41).
8. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2008 r. w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii (Dz.Urz.MZ z 2008 r., Nr 13, poz. 87 ze zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2012 r. poz. 1489).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. z 2009 r., Nr 84, poz. 709); uchylone z dniem 01.01.2013r.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2003 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe (Dz.U. z 2004 r. Nr 1, poz. 7), uchylone z dniem 19.06.2009 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. poz. z 2013 r., 1520 ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1413 ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2013 r., poz. 1386 ze zm.).

Gerontologia Polska **tom 21, nr 2, 33–47 ISSN 1425–4956**

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia

Prof. dr hab. n. med. Barbara Bień

Kierownik Kliniki Geriatrii UM w Białymstoku; Oddział Geriatrii SPZOZ MSW w Białymstoku;

Wiceprezes ds. Medycznych Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego; Przewodnicząca Zespołu ds. Gerontologii przy MZ; Członek Zespołu ds. Osób Starszych w Biurze RPO; Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. podlaskim

Prof. dr hab. Piotr Błędowski

Kierownik Instytutu Gospodarstwa Społecznego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie;

Prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

Dr n. med. Katarzyna Broczek

Adiunkt w Klinice Geriatrii WUM w Warszawie

Dr n. med. Jarosław Derejczyk

Dyrektor Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach; Członek Zespołu ds. Osób Starszych w Biurze RPO, Członek Zarządu PTG, Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. śląskim

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki

Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CMUJ w Krakowie, Konsultant Krajowy ds. Geriatrii

Prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska

Kierownik Katedry i Kliniki Geriatrii UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. kujawsko-pomorskim, Przewodnicząca Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego

Dr n. med. Janina Kokoszka-Paszko

Oddział Geriatryczny, Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach

Mgr Monika Przygucka-Gawlik

Wiceprzewodnicząca Zespołu ds. Gerontologii przy MZ, Radca Ministra w Ministerstwie Zdrowia

Dr n. med. Alicja Klich-Rączka

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum UJ w Krakowie; Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. świętokrzyskim; Kierownik Przychodni dla Byłych Więźniów Obozów Koncentracyjnych i Dzieci Holocaustu

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka

Kierownik Kliniki Geriatrii UM w Łodzi, Oddział Geriatrii SPZOZ USK im. WAM w Łodzi

Dr n. med. Zbigniew Machaj

Kierownik Oddziału Geriatrii SPSK-1 we Wrocławiu p.o. kierownik Zakładu Gerontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w województwie dolnośląskim

Dr hab. n. med. Katarzyna Szczerbińska

Kierownik Pracowni Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Collegium Medicum UJ; Członek Zespołu ds. Osób Starszych w Biurze RPO

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Kierownik Katedry Geriatrii i Gerontologii UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu; Prezes Kolegium Lekarzy Specjalistów w Polsce; Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii w woj. lubuskim

Dr hab. Marek Żak, Prof. nadzw.

Kierownik Zakładu Rehabilitacji w Reumatologii i Geriatrii Katedry Rehabilitacji Klinicznej, AWF im. Bronisława Czecha w Krakowie, Sekretarz ZG Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii

Warszawa, 31 stycznia 2013 roku

Spis treści

Wstęp

Przyjęte definicje

Wprowadzenie

Standardy postępowania oraz procedury medyczne w opiece geriatrycznej

I. Założenia

II. Zakres świadczeń geriatrycznych z zakresu opieki geriatrycznej

III. Interdyscyplinarna współpraca zespołu geriatrycznego

IV. Poradnia geriatryczna

V. Geriatryczny zespół opieki domowej

VI. Oddział geriatryczny (leczenie szpitalne)

VII. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej)

VIII. Geriatryczna wizyta konsultacyjna dla zakładów opieki zdrowotnej

Piśmiennictwo

Załącznik nr 1. Skala VES-13

Załącznik nr 2. Badania laboratoryjne i diagnostyczne rekomendowane w geriatrii

Wstęp

Obowiązujące prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia nie daje osobie starszej szczególnych przywilejów. Artykuł 68 Konstytucji RP *expressis verbis* daje jej, ogólnie sformułowane, prawo do szczególnej troski państwa w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej. Oczekuje się, że opublikowanie niniejszych Standardów przyniesie starszym pacjentom optymalizację opieki, a płatnikowi – redukcję jej kosztów. Ponadto, powinno to zwiększyć zainteresowanie lekarzy specjalizacją z dziedziny geriatrii, co skutkowałoby przygotowaniem kadry do restrukturyzacji istniejącej bazy łóżkowej w kierunku bazy geriatrycznej. Rozwój geriatrii jest pożądanym zarówno ze względów ekonomicznych, jak i etycznych. Ułatwienie osobom starszym dostępu do ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek geriatrycznych oraz stosowanie kompleksowej oceny geriatrycznej pozwoli na zapewnienie pacjentom lepszej opieki zdrowotnej i stworzy warunki do bardziej racjonalnego wykorzystania środków finansowych pozostających w dyspozycji podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia.

Dostępne wyniki badań z zakresu ekonomiki ochrony zdrowia i farmakoekonomiki wskazują, że specjalistyczna opieka medyczna nad pacjentami geriatrycznymi wiąże się z wydłużeniem okresu względnie dobrego stanu ich zdrowia, poprawą sprawności przy racjonalizacji wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej i farmakoterapię. Geriatria dysponuje standardami całościowej oceny geriatrycznej, dzięki czemu jest w stanie zastąpić wiele wstępnych interwencji wąkospecjalistycznych, a w efekcie odciążać innych specjalistów lub właściwie przygotować

pacjentów geriatrycznych do koniecznych interwencji. Podejście geriatryczne sprzyja redukcji polifarmakoterapii i oszczędzaniu środków w systemie ochrony zdrowia.

Opublikowanie niniejszych standardów ma na celu:

1) poprawę jakości opieki nad pacjentem geriatrycznym przez:

- a) prezentację standardu oceny i opieki geriatrycznej (kompleksowość i fachowość świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatrii),
- b) poprawę dostępności do kwalifikowanych świadczeń geriatrycznych,
- c) uproszczenie procedur diagnostycznych dla pacjentów geriatrycznych poprzez redukcję liczby wizyt specjalistycznych, a przez to zapotrzebowania na transport, a także odciążenie opiekuna,
- d) redukcję polifarmakoterapii;

2) optymalizację organizacji i ekonomizację wydatków na opiekę nad ludźmi starszymi.

Przedmiot projektowanych rekomendacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej, niemniej Unia włączyła do swoich priorytetów opiekę zdrowotną nad osobami starszymi, w szczególności nad osobami z chorobą Alzheimera i innymi chorobami neurodegeneracyjnymi.

Przyjęte definicje

Ilekróć w dokumencie jest mowa o:

- a) **standardzie** – należy przez to rozumieć zestaw procedur składających się na całościową ocenę pacjenta geriatrycznego wykonywanych przez zespół geriatryczny;
- b) **geriatrii** – należy przez to rozumieć specjalność lekarską zgodną z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. z 2005 r., Nr 226, poz. 1943 t. j.);
- c) **pacjencie geriatrycznym** – należy przez to rozumieć pacjenta, który – zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) – osiągnął przynajmniej 60. lat i skierowany został do geriatri; zazwyczaj jest to pacjent w późnej starości, z wielochorobowością typową dla wieku starszego, u którego z racji wieku lub współistniejących chorób pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu;
- d) **zespole geriatrycznym** – należy przez to rozumieć współpracę lekarza posiadającego specjalizację z geriatrii, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa oraz innych osób posiadających wykształcenie kierunkowe w ochronie zdrowia w zakresie całościowej oceny i opieki geriatrycznej;
- e) **całościowej ocenie geriatrycznej** – należy przez to rozumieć wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez zespół geriatryczny w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego;
- f) **opiece geriatrycznej** – należy przez to rozumieć świadczenia udzielane przez zespół geriatryczny;
- g) **ambulatoryjnej opiece geriatrycznej** – należy przez to rozumieć opiekę geriatryczną w specjalistycznej poradni geriatrycznej określonej resortowym kodem identyfikacyjnym 1060, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594);
- h) **geriatrycznej wizycie domowej** – należy przez to rozumieć pozaszpitalną konsultację zespołu geriatrycznego określoną resortowym kodem identyfikacyjnym 2202 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594);

- i) **oddziale geriatrycznym** – należy przez to rozumieć świadczenie zespołu geriatrycznego w oddziale szpitalnym określone resortowym kodem identyfikacyjnym 4060 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594);
- j) **dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym** – należy przez to rozumieć świadczenie zespołu geriatrycznego w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej określone resortowym kodem identyfikacyjnym 2200 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594);
- k) **geriatrycznej wizycie konsultacyjnej w zakładzie leczniczym** – należy przez to rozumieć świadczenie lekarza geriatry lub geriatrycznego zespołu konsultacyjnego dla lecznictwa zamkniętego określone resortowym kodem identyfikacyjnym 2204 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594).

Wprowadzenie

1. Standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej dotyczą pacjentów geriatrycznych. Realizowane mogą być przez zespół geriatryczny w warunkach:

- A. poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna);
- B. geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna);
- C. oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne);
- D. dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej);
- E. konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych.

Szczegółowe standardy postępowania przy udzielaniu świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej stosowane w wyżej wymienionych podmiotach i formach opieki określa zasadnicza część dokumentu.

2. W skład zespołu geriatrycznego udzielającego świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej w podmiotach i formach opieki, o których mowa w punkcie 1., wchodzi:

- 2.1. lekarz o specjalizacji w dziedzinie geriatrii;
- 2.2. pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej;
- 2.3. fizjoterapeuta, który:
 - a) ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub rehabilitacji ruchowej;
 - b) rozpoczął po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskał tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku;
 - c) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku;
 - d) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskał tytuł magistra oraz ukończył specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej;

e) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył w ramach studiów dwuletnie studia specjalizacyjne z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej;

f) rozpoczął przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskał tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończył trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,

g) ukończył szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskał tytuł zawodowy technik fizjoterapii;

2.4. psycholog.

3. W pracach zespołu geriatrycznego mogą uczestniczyć inne osoby posiadające wykształcenie kierunkowe mające zastosowanie w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, pracownik socjalny, kapelan).

4. W interesie osoby starszej zespół geriatryczny współpracuje z nią samą i jej opiekunami prawnymi lub faktycznymi, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także wolontariuszami oraz lokalnymi władzami samorządowymi.

5. Poradnia geriatryczna działa w zespole poradni specjalistycznych albo podmiotach leczniczych posiadających oddział geriatryczny, w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej albo jako jednostka wydzielona.

6. Zespół geriatryczny poradni geriatrycznej może realizować domową opiekę geriatryczną, o której mowa w punkcie 1A.

7. W skład zespołu geriatrycznego poradni geriatrycznej wchodzi:

7.1. co najmniej jeden lekarz, który ma specjalizację w geriatrycznej; pozostali lekarze mogą udzielać świadczeń geriatrycznych, o ile ukończyli co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatrycznej;

7.2. pielęgniarka, o której mowa w pkt 2.2;

7.3. fizjoterapeuta (opcjonalnie), o którym mowa w pkt 2.3;

7.4. psycholog (opcjonalnie).

8. Domowa opieka geriatryczna realizuje standard postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej w formie konsultacyjnych wizyt domowych pacjentom geriatrycznym niemającym wskazań do hospitalizacji, a wymagającym zorganizowania i otrzymywania świadczeń geriatrycznych w miejscu zamieszkania lub pobytu z powodu niezdolności do korzystania z opieki ambulatoryjnej.

9. Geriatryczne wizyty domowe realizuje zespół geriatryczny, o którym mowa w punkcie 2.

10. Oddział geriatryczny realizuje intensywne i kompleksowe procedury diagnostyczne oraz lecznicze u osób starszych.

11. W skład zespołu geriatrycznego oddziału geriatrycznego wchodzi:

11.1. ordynator – lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatrycznej;

11.2. lekarz – minimum jeden na osiem łóżek; po upływie maksymalnie trzech lat od powołania oddziału geriatrycznego wymagane jest zatrudnienie co najmniej jednego lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrycznej albo lekarza, który ukończył co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatrycznej;

11.3. pielęgniarka, o której mowa w pkt 2.2 – minimum jedna na dwa łóżka lub jedna na trzy łóżka, o ile dodatkowo zatrudniony jest opiekun medyczny (minimum jeden na siedem łóżek);

11.4. magister rehabilitacji lub fizjoterapii – minimum jeden na 20 łóżek; dodatkowo fizjoterapeuta, o którym mowa w pkt 2.3 – minimum jeden na 40 łóżek;

11.5. psycholog – co najmniej równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek.

12. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny realizuje krótkotrwałą diagnostykę i leczenie pacjentów geriatrycznych, bez konieczności całodobowej hospitalizacji.

13. W skład zespołu geriatrycznego w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym wchodzi:

13.1. lekarz – co najmniej jeden lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatry lub przynajmniej po roku jej trwania;

13.2. pielęgniarka, o której mowa w pkt 2.2;

13.3. fizjoterapeuta, o którym mowa w pkt 2.3;

13.4. psycholog.

14. Konsultacyjny zespół geriatryczny, o którym mowa w pkt 1E, udziela świadczeń w podmiotach leczniczych, które nie dysponują oddziałem geriatry ani poradnią geriatryczną.

Standardy postępowania oraz procedury medyczne w opiece geriatrycznej

I. Założenia

1. Zespołowe podejście geriatryczne to proces całościowej oceny problemów zdrowotnych, sprawności fizycznej, stanu psychicznego, poziomu wsparcia społecznego, w tym rodzinnego, sytuacji materialnej oraz warunków życia pacjenta geriatrycznego, realizowany przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny w celu poprawy poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych, poprawy stanu funkcjonalnego i jakości życia pacjenta.

2. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej powinny być stosowane u wszystkich pacjentów geriatrycznych, zwłaszcza u tych, którzy w skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) osiągają przynajmniej 3 punkty (załącznik nr 1).

3. Członkowie zespołu geriatrycznego przeprowadzają badania pacjenta geriatrycznego zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wykonują i analizują pomiary stanu pacjenta w skalach oceny stanu psychicznego, fizycznego, odżywienia, ryzyka upadków, odleżyn i innych, składających się na całościową ocenę geriatryczną (COG).

4. Całościowa ocena geriatryczna stanowi platformę wymiany informacji o pacjentach geriatrycznych między członkami zespołu a innymi świadczeniodawcami. Poza tym COG umożliwia zintegrowanie świadczeń lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna z usługami socjalnymi.

5. Podstawą pracy zespołu geriatrycznego są regularne spotkania jego członków w celu monitorowania stanu pacjenta geriatrycznego oraz korygowania interwencji medycznych, rehabilitacyjnych i środowiskowych.

6. Działanie zespołu obejmuje również edukację zdrowotną, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności, skierowane do starszych pacjentów i ich rodzin lub opiekunów.

II. Zakres świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu geriatry obejmują co najmniej:

1) zapobieganie schorzeniom i niepełnosprawności u osób starszych;

2) rozpoznawanie i leczenie chorób występujących u pacjentów geriatrycznych, którzy wymagają całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz postępowania fizjoterapeutycznego jako nieodłącznych elementów procesu leczniczego;

3) edukację pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;

4) wsparcie psychologiczne.

2. Lekarz rodzinny, wraz z pielęgniarką rodzinną, powinni współdziałać z zespołem geriatrycznym w procesie leczenia i opiece nad pacjentami geriatrycznymi w celu zapewnienia wysokiej jakości opieki i jej efektywności.

3. Zespół geriatryczny dokonuje okresowej oceny udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry w celu poprawy skuteczności działania i jakości udzielanych świadczeń.

4. Ocena, o której mowa w pkt 3, obejmuje:

1) określenie stanu opieki geriatrycznej (zgodność ze standardami, w tym przestrzeganie norm zatrudnienia, kwalifikacje personelu, poprawność dokumentacji medycznej, warunki pobytu pacjenta, dostęp pacjenta do postępowania fizjoterapeutycznego, monitorowanie niedożywienia i skutków unieruchomienia, leczenie przeciwbólowe pacjentów i polityka jakości);

2) monitorowanie działań niepożądanych w trakcie udzielania geriatrycznych świadczeń stacjonarnych (stosowane leki, zakażenia, upadki, majaczenia);

3) analizę wyników świadczeń udzielanych przez podmiot (czas pobytu w oddziale, wskaźnik satysfakcji pacjentów i/lub ich opiekunów, wskaźnik śmiertelności).

5. Podstawą prawidłowej opieki nad pacjentami geriatrycznymi jest wielokierunkowa współpraca zespołu geriatrycznego z pracownikami świadczeniodawcy oraz podmiotów zewnętrznych.

III. Interdyscyplinarna współpraca zespołu geriatrycznego

Zespołem geriatrycznym kieruje lekarz geriatra we współpracy z pielęgniarkami, fizjoterapeutą i psychologiem oraz innymi osobami mającymi wykształcenie kierunkowe w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, w zakresie umożliwiającym realizację całościowej oceny i opieki geriatrycznej. Liderem zespołu może zostać wyznaczony inny członek zespołu, o ile uzasadnia to główny problem pacjenta geriatrycznego.

1. Lekarskie procedury diagnostyczno-terapeutyczne w geriatryi obejmują:

1) wywiad geriatryczny, poszerzony względem internistycznego o dane dotyczące potencjalnych problemów i dysfunkcji pacjenta geriatrycznego; wywiad ten powinien zawierać weryfikację zdarzeń mających wpływ na stan zdrowia pacjenta geriatrycznego (upadki, omdlenia, wahania masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki, w tym z własnej inicjatywy), elementy wywiadu psychiatrycznego, środowiskowego, a także wywiad rodziny chorego lub jego opiekunów (weryfikacja badania podmiotowego pacjenta geriatrycznego z zaburzeniami psychicznymi powinna dotyczyć objawów stwierdzanych przez jego rodzinę lub opiekunów);

2) badanie internistyczne winno być poszerzone o ogólne badanie neurologiczne, próbę ortostatyczną, ocenę stanu skóry i orientacyjną ocenę wzroku i słuchu;

3) ocenę stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym — za pomocą Geriatrycznej Skali Oceny Depresji według Yesavage'a (GDS, *Geriatric Depression Scale*);

4) ocenę funkcji poznawczych, w tym także badanie przesiewowe w kierunku otępienia, w szczególności: Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*) lub test Blessed'a, test MiniCog, test Mini Mental State Examination (MMSE) wg Folsteina, test rysowania zegara oraz inne uznane metody w aktualnie obowiązujących wytycznych diagnozowania otępienia;

5) ocenę chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek.;

6) ocenę stanu odżywienia za pomocą testów MNA (*Mini Nutritional Assessment*) lub SCALES (*Sadness-Cholesterol-Albumin-Loss of Weight-Eating Problems-Shopping*);

7) ocenę dysfunkcji zwieraczy;

8) ocenę sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna przez pacjenta geriatrycznego — za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE;

9) analizę wyników badań dodatkowych, w tym badań obrazowych, endoskopowych, EKG, 24-godzinnej rejestracji EKG/ciśnienia tętniczego metodą Holtera, badań densytometrycznych;

- 10) analizę badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych;
 - 11) ustalanie rozpoznań;
 - 12) omawianie z pacjentem geriatrycznym i jego rodziną lub opiekunami istoty choroby i sposobu jej leczenia;
 - 13) ustalanie, modyfikację albo redukcję farmakoterapii;
 - 14) wyraźne zapisywanie zaleceń wydawanych pacjentom geriatrycznym i ich rodzinom lub opiekunom i powtórzenie tych zaleceń w razie potrzeby;
 - 15) podawanie zaleceń i instrukcji rehabilitacyjnych;
 - 16) podawanie zaleceń dietetycznych;
 - 17) kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej poprzez przekazanie mu informacji i zaleceń wynikających z udzielonego świadczenia geriatrycznego;
 - 18) przeprowadzanie rozmów i/lub udzielanie porad rodzinie lub opiekunom pacjenta geriatrycznego;
 - 19) współpracę w ramach zespołu geriatrycznego nad przygotowaniem indywidualnego programu leczenia dla pacjenta geriatrycznego (farmakoterapia, psychoterapia, zabiegi pielęgnacyjne, fizjoterapia);
 - 20) przygotowywanie zaleceń z zakresu profilaktyki, promocji zdrowia, wczesnego wykrywania schorzeń oraz zapobiegania ich powikłaniom;
 - 21) monitorowanie przebiegu terapii, w tym nasilania objawów chorobowych i obecności działań niepożądanych lub ubocznych farmakoterapii;
 - 22) ustalanie terminu wizyt kontrolnych w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki lub w miejscu przebywania pacjenta geriatrycznego.
2. Pielęgniarskie procedury diagnostyczno—terapeutyczne w zakresie geriatryki polegają na udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych przez pielęgniarkę, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie Ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r., Nr 57, poz. 602, ze zm.1) i obejmują w szczególności:
- 1) wywiad pielęgniarski;
 - 2) ocenę ryzyka powstawania odleżyn według skali Norton, z wdrożeniem postępowania ograniczającego ich wystąpienie;
 - 3) ocenę stanu zaawansowania odleżyn z ustaleniem sposobów ich leczenia i monitorowaniem postępu gojenia;
 - 4) ocenę i zaplanowanie procesu leczniczego w przypadku przewlekłych ran i owrzodzeń;
 - 5) ocenę sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu Skali Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego wg Katza (ADL, *Activities of Daily Living*), Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego wg Lawtona (IADL, *Instrumental Activities of Daily Living*), Skali Barthel;
 - 6) ocenę stopnia nietrzymania moczu;
 - 7) planowanie procesu pielęgnacji;
 - 8) udzielanie wskazówek na temat ułatwień i wsparcia w czynnościach życia codziennego;
 - 9) monitorowanie parametrów życiowych;
 - 10) wykonywanie pomiarów antropometrycznych;
 - 11) ograniczanie następstw niepełnosprawności przez aktywizację psychiczną i fizyczną w procesie samoopieki;

- 12) ocenę hipotonii ortostatycznej;
 - 13) współpracę pielęgniarki z innymi członkami zespołu geriatrycznego.
3. Procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne w ramach zespołowego podejścia geriatrycznego obejmują:
- 1) ocenę stanu funkcjonalnego i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego;
 - 2) ocenę zagrożenia upadkiem;
 - 3) ocenę hipotonii ortostatycznej;
 - 4) procedury diagnostyczne – testy oceny równowagi i chodu, deficytów ruchowych, test z L-Dopa;
 - 5) planowanie szczegółowego przebiegu procesu fizjoterapii w danej jednostce chorobowej, dysfunkcji lub zaburzeniu czynnościowym, na podstawie badania lekarskiego i fizjoterapeutycznego;
 - 6) zlecanie zabiegów fizjoterapeutycznych i metod fizjoterapeutycznych na podstawie diagnozy lekarskiej i fizjoterapeutycznej;
 - 7) wykonywanie lub nadzorowanie wykonania zabiegów i metod fizjoterapeutycznych;
 - 8) zalecanie pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych w celu przeprowadzenia prawidłowego postępowania fizjoterapeutycznego;
 - 9) zlecanie programów postępowania fizjoterapeutycznego w celu podtrzymania i utrwalenia efektów tego postępowania oraz zapobiegania niepełnosprawności;
 - 10) zlecanie, prowadzenie lub nadzór nad terapią zajęciową i adaptacją do nowych warunków życia;
 - 11) opracowanie sposobu i czasu stosowania zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych;
 - 12) opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu profilaktyki (np. zapobieganie upadkom);
 - 13) procedury edukacyjne – nauka korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych; instruktaż obsługi sprzętu (instruowanie pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów o sposobie pozyskiwania i użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego); współpracę z pozostałymi członkami zespołu geriatrycznego.
4. Ocena psychologiczna i procedury psychologiczne w ramach zespołowego podejścia geriatrycznego obejmują:
- 1) rozmowę z pacjentem geriatrycznym, który wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, jego rodziną lub opiekunami;
 - 2) indywidualną ocenę psychologiczną i przeprowadzanie testów neuropsychologicznych;
 - 3) ocenę potrzeb pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;
 - 4) udzielanie wsparcia (psychoterapia bezpośrednia, odreagowująca, racjonalna, podtrzymująca, wspierająca, relaksacyjna, wizualizacja);
 - 5) prowadzenie psychoterapii pośredniej rodziny lub opiekunów w czasie trwania choroby pacjenta geriatrycznego, który wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej, oraz wsparcie psychologiczne dla rodziny lub opiekunów w okresie przeżywania żałoby;
 - 6) działalność szkoleniowo-edukacyjną, rozmowy z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunami;
 - 7) współpracę psychologa z pozostałymi członkami zespołu geriatrycznego.
5. Zakres zleczanych badań laboratoryjnych i diagnostycznych w geriatрії powinien uwzględniać specyfikę opieki nad pacjentem geriatrycznym oraz obejmować wykonanie badań wymienionych w załączniku nr 2.

IV. Poradnia geriatryczna

1. W poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna) w ramach lekarskich procedur diagnostyczno-terapeutycznych wyróżnia się następujące typy wizyt:

- 1) pierwszorazowa porada lekarska z przeprowadzeniem całościowej oceny geriatrycznej, w tym wykonanie przynajmniej trzech testów;
- 2) kontrolna porada lekarska z przeprowadzeniem przynajmniej dwóch testów;
- 3) kontrolna porada lekarska.

2. Wyposażenie podstawowe poradni geriatrycznej to:

- 1) aparat EKG,
- 2) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego,
- 3) sprzęt do udzielania pierwszej pomocy,
- 4) glukometr,
- 5) waga lekarska.

3. Dodatkowo zalecane wyposażenie poradni geriatrycznej to:

- 1) defibrylator i kardiomonitor,
- 2) dopplerowski detektor przepływu przyływu tętniczego,
- 3) zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji EKG,
- 4) zestaw do 24-godzinnej ambulatoryjnej rejestracji ciśnienia tętniczego krwi;
- 5) pulsoksymetr;
- 6) nebulizator;
- 7) spirometr.

4. Poradnia powinna dysponować dostępem do takich badań, jak:

- 1) laboratoryjne,
- 2) endoskopowe,
- 3) obrazowe – ultrasonograficzne, radiologiczne, tomograficzne, rezonans magnetyczny,
- 4) histologiczno-patologiczne, densytometryczne.

V. Geriatryczny zespół opieki domowej

1. Celem geriatrycznego zespołu opieki domowej jest:

- 1) diagnozowanie i leczenie schorzeń geriatrycznych w domu lub miejscu pobytu pacjenta geriatrycznego w przypadku, gdy takie działania ze względu na swoją złożoność nie mogą być świadczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) pomoc w zachowaniu korzystnego dla zdrowia trybu życia poprzez wczesne wykrywanie problemów geriatrycznych u pacjentów geriatrycznych pozostających w domu;
- 3) kontrola sposobu realizacji zaleceń poszpitalnych u osób pozbawionych wsparcia opiekuna;
- 4) zapobieganie pogłębianiu się niesprawności poprzez wdrożenie działań usprawniających (fizjoterapia, terapia zajęciowa, psychoterapia); edukacja pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów w zakresie ograniczeń związanych z istniejącą chorobą;
- 5) analiza sytuacji mieszkaniowej pod kątem potencjalnych zagrożeń zdrowotnych i środowiskowo-socjalnych dla pacjenta geriatrycznego oraz poradnictwo w zakresie adaptacji pomieszczeń.

2. Zadania geriatrycznego zespołu opieki domowej to:

- 1) rozpoznawanie potrzeb medyczno-opiekuńczych pacjenta geriatrycznego na podstawie całościowej oceny geriatrycznej;
- 2) analiza zebranych informacji i ustalanie indywidualnych planów leczenia problemów zdrowotnych i korekty problemów środowiskowo-socjalnych u pacjenta geriatrycznego;

- 3) planowanie zaspokajania stwierdzonych potrzeb;
 - 4) realizacja planu opieki (lekarskiej, pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej);
 - 5) ocena wyników i korekta działań w ramach realizacji planu opieki;
 - 6) prowadzenie dokumentacji działań.
3. Do głównych kryteriów włączających pacjenta geriatrycznego do tej formy opieki należą:
- 1) unieruchomienie w środowisku zamieszkania;
 - 2) istotne pogorszenie stanu zdrowia niepozwalające na samodzielne funkcjonowanie;
 - 3) okres do trzech dni po wypisie pacjenta geriatrycznego ze szpitala;
 - 4) bariery architektoniczne uniemożliwiające pacjentowi geriatrycznemu wyjście z domu i osobiste przybycie do poradni;
 - 5) stwierdzenie uwarunkowań środowiskowych, które uzasadniają zaplanowanie udogodnień, usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i socjalnych oraz przyznanie środków pomocniczych, dostosowanych do potrzeb pacjenta geriatrycznego.
4. Geriatryczny zespół opieki domowej uzupełnia i poszerza zakres działania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o aspekty oceny i terapii geriatrycznej.
5. Podstawową zasadą udzielania geriatrycznych wizyt domowych jest współpraca z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką środowiskową i innymi podmiotami opieki środowiskowej oraz pomocy społecznej, które gwarantują ciągłość i jakość opieki nad pacjentami geriatrycznymi w okresie między specjalistycznymi konsultacjami geriatrycznymi.
6. Zakres i kolejność proponowanych procedur geriatrycznych wynika z całościowej oceny geriatrycznej, priorytetów zgłaszanych przez pacjenta geriatrycznego, jego rodzinę lub opiekunów, oraz z aktualnych zasobów systemu opieki zdrowotnej i społecznej.
7. Planowanie opieki obejmuje ustalenie jej celów, określenie koniecznych działań leczniczych i zabiegów pielęgnacyjnych z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb pacjenta geriatrycznego oraz środków potrzebnych do realizacji tego celu. Plan postępowania ustalają członkowie zespołu geriatrycznego, posilkując się – w razie potrzeby – opinią lekarza odpowiedniej specjalności.
8. Kwalifikacji pacjenta geriatrycznego do świadczeń geriatrycznego zespołu opieki domowej dokonuje zatrudniony w poradni geriatrycznej lekarz specjalista w dziedzinie geriatrii albo lekarz będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii trwającej przynajmniej rok.
9. Domowe wizyty geriatryczne udzielane są w trybie planowym, z wyjątkiem uzasadnionych przypadków. Częstotliwość geriatrycznych wizyt domowych powinna zależeć od indywidualnego stanu zdrowia pacjenta.
10. Pierwsza wizyta domowa lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrii albo lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie geriatrii trwającej co najmniej rok powinna być przeprowadzona w terminie do siedmiu dni od zgłoszenia, a pielęgniarki – w terminie dwóch dni, po uzgodnieniu terminu.
11. Wizyty kontrolne i wizyty pozostałych członków zespołu odbywają się w uzgodnieniu z pacjentem geriatrycznym, jego rodziną lub opiekunem.
12. Pacjent geriatryczny, jego rodzina lub opiekunowie podczas wizyty otrzymują zalecenia w formie pisemnej i są informowani o zasadach prowadzenia domowej opieki geriatrycznej i dostępności innych form leczenia. W przypadku pacjenta geriatrycznego w stanie terminalnym wsparcie jest udzielane również jego rodzinie lub opiekunom.

13. Ocena skuteczności pracy geriatrycznego zespołu opieki domowej jest jednym z ważnych elementów jego pracy; powinna być dokonywana systematycznie przez członków zespołu oraz osoby uczestniczące w jego pracy, przy współudziale pacjenta geriatrycznego oraz jego rodziny lub opiekunów.

VI. Oddział geriatryczny (leczenie szpitalne)

1. Leczenie szpitalne w oddziale geriatrycznym obejmuje całościową ocenę geriatryczną, leczenie ostrych lub zaostrzonych stanów chorobowych, wykrywanie i eliminację czynników wpływających na pogorszenie zdrowia i stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, w szczególności z ograniczoną sprawnością fizyczną lub psychiczną, jak również planowanie dalszego leczenia, rehabilitacji i opieki celem poprawy jakości jego życia.

2. Stwierdzone u pacjenta geriatrycznego ostre psychozy, stany niesprawności nierokujące poprawy, stany terminalne oraz stany wynikające z braku opieki i zabezpieczenia społecznego nie stanowią wskazań do hospitalizacji w oddziale geriatrycznym.

3. Zadania oddziału geriatrycznego to:

1) całościowa diagnostyka i leczenie chorób wpływających na pogorszenie stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, w sytuacji gdy procedury te są trudne lub niemożliwe do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych;

2) planowanie dalszego leczenia, pielęgnacji, postępowania fizjoterapeutycznego i opieki środowiskowej we współpracy z placówką lekarza rodzinnego;

3) kwalifikacja i przygotowanie pacjenta geriatrycznego do zabiegu operacyjnego w trybie planowym;

4) poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących;

5) edukacja pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów odnośnie do postępowania wobec choroby i sposobu prowadzenia leczenia; funkcja konsultacyjna dla innych oddziałów szpitalnych oraz jednostek lecznictwa otwartego.

4. Oddział geriatryczny powinien współpracować z przyszpitalną poradnią geriatryczną, gwarantującą kontynuację leczenia poszpitalnego dla pacjentów geriatrycznych wymagających specjalistycznego nadzoru. Poradnia ta powinna stanowić równocześnie punkt konsultacyjny dla jednostek podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Pacjenci geriatryczni powinni mieć zapewniony kontakt z bliskimi (także telefoniczny), dostęp do świetlicy i opiekę duszpasterską.

6. Podstawowe wyposażenie sprzętowe w oddziale geriatrycznym to:

1) defibrylator;

2) kardiomonitor – jeden na 20 łóżek;

3) pompy infuzyjne do 500 ml – jedna na 10 łóżek;

4) aparat EKG;

5) sprzęt do udzielania pierwszej pomocy: zestaw AMBU, zestaw do intubacji, dostęp do tlenu, ssak – minimum jeden na 20 łóżek;

6) glukometry;

7) pulsoksymetr;

8) łóżka o regulowanej wysokości z możliwością założenia drabinek;

9) przyłóżkowe urządzenia rehabilitacyjne (PUR) – minimum jedno na 20 łóżek;

10) wózki, parawany;

11) podnośnik – jeden na 20 łóżek;

12) materace przeciwodleżynowe, zmiennociśnieniowe — minimum jeden na 5 łóżek.

8. Sprzęt i zaopatrzenie ortopedyczne oraz środki pomocnicze dostępne w oddziale geriatrycznym dla pacjenta geriatrycznego to:

- 1) balkoniki/chodziki do nauki lub ułatwienia chodzenia;
- 2) podnośnik, pionizator;
- 3) wózki;
- 4) kule, trójnogi, laski;
- 5) drabinki przyłóżkowe.

9. Sprzęt do fizykoterapii dodatkowo zalecany jako wyposażenie oddziału geriatrycznego to aparaty do krioterapii, ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, światłolecznictwa i laseroterapii.

VII. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej)

1. Do dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego przyjmowani są pacjenci geriatryczni ze schorzeniami wymagającymi diagnostyki i wdrożenia leczenia w warunkach szpitalnych, bez konieczności całodobowej hospitalizacji.

2. Oceny wskazań do leczenia i wyznaczenia terminu przyjęcia dokonuje lekarz oddziału.

3. Schorzeniami kwalifikującymi pacjenta geriatrycznego do diagnostyki i leczenia w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym są choroby niewymagające całodobowej i długotrwałej hospitalizacji, a trudne lub niemożliwe do zdiagnozowania i leczenia w warunkach poradni geriatrycznej, oraz przypadki, gdy leczenie w oddziale zamkniętym stwarza ryzyko pogorszenia stanu pacjenta geriatrycznego.

4. Zadania dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego to:

- 1) przeprowadzenie całościowej oceny geriatrycznej z wykonaniem dostępnej diagnostyki oraz ukierunkowanie terapii kontynuowanej w warunkach domowych;
- 2) planowanie dalszego leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i opieki środowiskowej we współpracy z lekarzem rodzinnym;
- 3) poprawa komfortu życia w przypadkach schorzeń nieuleczalnych, postępujących;
- 4) ustalenie stopnia nieodwracalności chorób przewlekłych;
- 5) ustalenie wskazań do udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 6) wtórna profilaktyka chorób u pacjentów geriatrycznych;
- 7) edukacja pacjenta geriatrycznego i jego opiekunów odnośnie do dalszego postępowania oraz sposobu prowadzenia leczenia.

5. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny wykonuje zakres procedur przewidzianych dla poradni geriatrycznej oraz procedury oddziału szpitalnego.

6. Procedury diagnostyczno-terapeutyczne w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym to:

- 1) diagnostyka otępienia, majaczenia, depresji;
- 2) diagnostyka schorzeń niewymagających hospitalizacji;
- 3) ocena stanu funkcjonalnego narządu ruchu i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego;
- 4) ocena stopnia zaburzeń wodno-elektrolitowych i ich wyrównywanie (możliwość wykonania wlewów dożylnych);
- 5) diagnostyka i wdrożenie terapii schorzeń, których leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych (np. zapalenia płuc bez niewydolności oddechowej, zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc);
- 6) korygowanie leczenia zaostrzeń chorób przewlekłych;

7) przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych u pacjenta geriatrycznego bez wskazań do hospitalizacji oraz biopsja szpiku;

8) diagnostyka schorzeń przewodu pokarmowego niemożliwa do przeprowadzenia w warunkach ambulatoryjnych (np. przygotowanie do kolonoskopii i tomografia komputerowa u pacjenta z cukrzycą);

9) diagnostyka innych problemów związanych z wielochorobowością w starości;

10) terapia edukacyjna rodzin lub opiekunów.

7. Podstawowe wymagania sprzętowe dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego to:

1) aparat EKG;

2) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego;

3) sprzęt do udzielania pierwszej pomocy;

4) glukometr;

5) nebulizator;

6) waga lekarska.

9. Warunkiem funkcjonowania dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego jest dostępność do wykonania następujących badań diagnostycznych:

1) RTG;

2) USG;

3) echokardiografia;

4) EKG spoczynkowe;

5) 24-godzinna rejestracja EKG metodą Holtera;

6) 24-godzinna ambulatoryjna rejestracja ciśnienia tętniczego krwi;

7) EKG wysiłkowe;

8) gastroskopia;

9) kolonoskopia;

10) densytometria;

11) tomografia komputerowa;

12) spirometria;

13) dopplerowski pomiar przepływu tętniczego.

10. Dzienny geriatryczny oddział szpitalny powinien mieć dostęp do konsultacji specjalistycznych oraz zabiegów fizjoterapeutycznych zlecanych pacjentom geriatrycznym w trakcie leczenia oraz po diagnostyce w tym oddziale.

VIII. Geriatryczna wizyta konsultacyjna dla zakładów opieki zdrowotnej

1. Geriatryczna wizyta konsultacyjna dla zakładów opieki zdrowotnej powinna być realizowana w formie całościowej oceny geriatrycznej w ramach porady konsultacyjnej przeprowadzonej przez lekarza geriatrę i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny. Jest ona dedykowana pacjentom geriatrycznym ze złożonymi problemami zdrowotnymi. Proponowane wnioski i zalecenia obejmują dalszą diagnostykę i leczenie i/lub dalszy zakres opieki długoterminowej bądź paliatywnej. Głównym zadaniem tej formy świadczenia jest funkcja konsultacyjno-doradcza dla personelu medycznego w zakresie diagnozowania i leczenia pacjentów geriatrycznych.

2. Wnioski diagnostyczne i lecznicze z konsultacji są przekazywane w formie pisemnej personelowi medycznemu sprawującemu opiekę nad pacjentem geriatrycznym. Dokumentacja pacjenta geriatrycznego z zakresem przeprowadzonej całościowej oceny geriatrycznej i kopią

wydanych zaleceń znajduje się w siedzibie zarejestrowania działalności konsultacyjnego zespołu geriatrycznego lub lekarza geriatry.

3. Lekarz geriatra lub konsultacyjny zespół geriatryczny mogą również pełnić funkcje edukacyjne lub szkoleniowe z zakresu wybranych obszarów geriatry, w szczególności zasad i procedur diagnostyczno-leczniczych, żywienia, pielęgnacji, rehabilitacji oraz edukacji rodziny lub opiekunów pacjenta geriatrycznego.

Piśmiennictwo

1. Beswick A.D., Rees K., Dieppe P. i wsp. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725–735.
2. Bene J., Solomon S.A. The attitudes of patients to integrated medical care. *Age Ageing* 1999; 28: 271–273.
3. Bień B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach. *Rocz. Akad. Med. Białymst.* 2005; 50 (supl. 1): 189–192.
4. Bień B. Lekarz rodzinny „geriatrą pierwszej linii”. *Pol. Med. Rodz.* 2002; 4: 171–176.
5. Bień B. (red.). *Family caregiving for the elderly in Poland*. Trans. Humana Białystok 2006.
6. Bień B., McKee K.J., Döhner H. i wsp. Disabled older people's use of health and social care services and their unmet care needs in six European countries. *Eur. J. Public. Health* 2013, doi:10.1093/eurpub/cks190.
7. Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R. *Pielęgniarstwo w geriatry. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa specjalistycznego*. Borgis, Warszawa 2006.
8. Blazer D.G., Sachs-Ericsson N., Hybels C.F. Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. *Am. J. Public. Health* 2005; 95: 299–304.
9. Champion E.W. The value of geriatric interventions. *N. Engl. J. Med.* 1995; 332: 1376–1378.
10. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy — czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 149–159.
11. Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwiak A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K. Standardy świadczeń usług medycznych w specjalności geriatrya. *Gerontol. Pol.* 2005; 2: 67–83.
12. Derejczyk J. i wsp. Test MoCA i test z L-Dopa jako nowe narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej. *Geriatrya* 2011; 5: 181–191.
13. *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Medisfera, Otwock 2012.
14. Drusini A.G., Eleazer G.P., Caiazzo M. i wsp. One-leg standing balance and functional status in an elderly community-dwelling population in northeast Italy. *Aging Clin. Exp. Res.* 2002; 14: 42–46.
15. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P. „Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatric Res.* 1975; 12: 189–198.
16. Galanos A.N., Fillenbaum G.G., Cohen H.J., Burchert B.M. The comprehensive assessment of community dwelling elderly: Why functional status is not enough. *Aging (Milano)*. 1994; 6: 343–352.
17. Galus K. (red.). *Geriatrya – wybrane zagadnienia*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
18. Mion L., Odegard P.S., Resnick B., Segal-Galan F. Geriatric Interdisciplinary Advisory Group. Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatric Society Position Statement. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2006; 54: 849–852.

19. Grant J. What does it take to make integrated care work? *Healthcare Systems and Services Practice* 2010. Available at: https://www.mckinseyquarterly.com/What_does_it_take_to_make_integrated_care_work_2506.
20. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*. Via Medica, Gdańsk 2006.
21. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Mini-nutritional assessment: a practical tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res. Gerontol.* 1994; (supl.): 15–61.
22. Higashi T., Shekelle P.G., Adams J.L. i wsp. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Ann. Intern. Med.* 2005, 143: 274–281.
23. Hubbard R.E., O’Mahony M.S., Cross E. i wsp. The ageing of the population: implications for multidisciplinary care in hospital. *Age Ageing* 2004; 33: 479–482.
24. Jones D.M., Song X., Rockwood K. Operationalizing a Frailty Index from a standardized comprehensive geriatric population. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2004; 52: 1929–1933.
25. Katz S., Downs T.D., Cash H.R. i wsp. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20–30.
26. Keller B.K., Magnuson T.M., Cernin P.A., Stoner J.A., Potter J.F. The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clin. Exp. Res.* 2003; 15 (6): 512–517.
27. Kędzióra-Kornatowska K., Muszałik M. (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. PZWL, Warszawa 2009.
28. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M. *Choroby wieku podeszłego (Praktyka Lekarza Rodzinnego)*, PZWL, Warszawa 2009.
29. Lawton P., Moss M., Fulcomer M., Kleban M.H. A research and service oriented multilevel assessment instrument. *J. Gerontol.* 1982; 37 (1): 91–99.
30. Miller K.E., Zylstra R.G., Standridge J.B. The geriatric patient: A systematic approach to maintaining health. *Am. Fam. Physician.* 2000; 61 (4): 1089–1104.
31. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int. J. Integr. Care* 2004; 4: 1–15.
32. Luchi R.J., Gammack J.K., Narcisse V.J., Storey C.P. Standards of care in geriatric practice. *Ann. Rev. Med.* 2003; 54: 185–196.
33. McKee KJ, Philp I, Lamura G. et al. The COPE Index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging Ment Health.* 2003; 7: 39–52.
34. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med. J.* 1965; 14: 56–61.
35. Melis R.J.F., Adang E., Teerenstra S. i wsp. Cost-effectiveness of multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people. *J. Gerontol. Biol. Sci. Med. Sci.* 2008; 3: 275–282.
36. Pędich W. Polska gerontologia — jej perspektywy i bariery. *Gerontol. Pol.* 2002; 10 (4): 59–161.
37. Pędich W., Bień B., Halicka M., Tarasiuk W. Application of the geriatric assessment card in the monitoring of socio-medical status of the elderly. *Mater. Med. Pol.* 1991; 1 (77): 47–50.
38. Posiadło D., Richardson S. The timed „up and go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1991; 39: 142–148.
39. Rizzo J.A., Bogardus S.T. Jr, Leo-Summers L. i wsp. Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med. Care.* 2001; 39: 740–752.
40. Rosenthal T., Naughton B., Williams M. (red.). *Geriatry*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.

41. Rubenstein L.Z., Wieland D., Bernabei R. (red.). *Geriatric Assessment Technology — the State of the Art*. Editrice Kurtis, Milano 1995.
42. Saliba S., Elliott M., Rubenstein L.A., Solomon D.H. i wsp. The Vulnerable Elders Survey (VES-13): A tool for identifying vulnerable elders in the community. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2001; 49: 1691–1699.
43. Scanlan B.C. The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Manag. J.* 2005; 6 (1): 2–8.
44. Skalska A. Kompleksowa ocena geriatryczna. W: Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Via Medica, Gdańsk 2006, 68–75.
45. Stuck A.E., Siu A., Wieland G.D. i wsp. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032–1036.
46. Stuck A.E., Egger M., Hammer A. i wsp. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287: 1022–1028.
47. Sugai Y. Problems of integration of medical care and welfare service: medical treatment under long-term insurance system. *Psychogeriatrics* 2006; 6: 139–144.
48. Szczerbińska K., Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich — jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2). *Gerontol. Pol.* 2008; 16: 137–148.
49. Tinetti M.E. Clinical practice: preventing falls in elderly persons. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348: 42–49.
50. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. PZWL, Warszawa 2008.
51. Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. *Fizjoterapia w geriatry*. PZWL, Warszawa 2010.
52. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Styszyński A., Józwiak A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatrya Polska* 2006, 2: 38–40.
53. Wieland D., Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control* 2003; 10: 454–462.
54. Wieland D., Kramer B.J., Waite M.S. i wsp. The interdisciplinary team in geriatrics. *Am. Behav. Sci.* 1996; 39: 655–664.
55. Wojszel Z.B. Instrumenty pełnej oceny geriatrycznej. Zastosowanie w praktyce lekarza rodzinnego. *Gerontol. Pol.* 1997; 5: 48–56.
56. Wojszel Z.B. *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2009.
57. Żak M. Rehabilitacja osób po 80. roku życia z zaburzeniami czynności życia codziennego. *Gerontol. Pol.* 2005; 13: 1–7.
58. Żak M., Gryglewska B. Skuteczność i tolerancja rehabilitacji u niesprawnych chorych z nadciśnieniem tętniczym w zaawansowanej starości. *Przegl. Lek.* 2005; 62 (9): 886–889.
59. Żak M., Gryglewska B. Ocena wyników rehabilitacji osób po 85. roku życia z zaburzeniami sprawności funkcjonalnej. *Reh. Med.* 2006, 2: 20–24.
60. Żak M., Swine C., Grodzicki T. Combined effects of functionally-oriented exercise regimens and nutritional supplementation on both the institutionalized and free-living frail elderly (double-blind, randomized clinical trial). *BMC Public Health* 2009; 9 (39): <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/39>.

Załącznik nr 1**Skala VES-131**

OCENIANE OBSZARY OCENA

1. Wiek badanego 60–74 0 75–84 1 85+ 3

2. Samoocena stanu zdrowia Wspaniale lub dobre Tak = 0 Przeciętne lub złe Tak = 1

3. Czy ma Pani/Pan znaczne trudności z wykonaniem poniższych czynności lub ich wykonanie jest niemożliwe?

Pochylenie, kucanie, klękanie Tak/Nie

Podnoszenie, dźwiganie przedmiotów o wadze 4,5 kg Tak/Nie

Sięganie lub wyciąganie ramion powyżej barków Tak/Nie

Pisanie lub utrzymywanie drobnych przedmiotów Tak/Nie

Przejście 400 metrów Tak/Nie

Ciężka praca domowa, jak mycie podłóg lub okien Tak/Nie

Jeśli dwie (lub więcej) odpowiedzi są pozytywne, należy przyznać maksimum 2 punkty, a jeśli jedna to 1 punkt

..... pkt

(0–2 pkt)

4. Czy z powodu złego stanu zdrowia lub ograniczeń w sprawności ma Pani/Pan trudności z wykonywaniem następujących czynności lub ich nie wykonuje?

Zakupy produktów na potrzeby własne, np. produkty toaletowe, leki Tak/Nie

Rozporządzanie własnymi pieniędzmi: śledzenie wydatków, opłacanie rachunków Tak/Nie

Przejście przez pokój (również przy pomocy kuli, laski lub balkonika) Tak/Nie

Wykonywanie lekkich prac domowych (zmywanie naczyń, ścieranie kurzu) Tak/Nie

Kąpiel w wannie lub pod prysznicem Tak/Nie

Jeśli choć jedna odpowiedź jest pozytywna, to należy przyznać 4 punkty (maksimum) pkt

(0 lub 4 pkt)

Razem

maksimum =10

Uzyskanie 3 lub więcej punktów wskazuje na ryzyko znacznego pogorszenia stanu zdrowia, sprawności funkcjonalnej lub zgonu w ciągu najbliższych dwóch lat.

(Skala zaadaptowana przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia. Jest zalecana do stosowania przez świadczeniodawców na podstawie wywiadu bezpośredniego lub przez telefon (źródło: Saliba D., Elliott M., Rubenstein L.Z. i wsp. The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. J. Am. Geriatr. Soc. 2001; 49: 1691–1699).

Załącznik nr 2**Badania laboratoryjne i diagnostyczne rekomendowane w geriatrici**

1) OB, białko C-reaktywne (CRP);

2) morfologia krwi z leukogramem;

3) retikulocyty;

4) biopsja i ocena szpiku;

5) glukoza we krwi na czczo i 120 minut po obciążeniu 75 g glukozy (krzywa cukrowa);

6) hemoglobina glikowana;

7) mikroalbuminuria;

8) badanie ogólne moczu, liczba Addisa;

- 9) bilirubina, transaminazy, diastazy w surowicy i w moczu, fosfataza zasadowa, GGTP, LDH, CPK, CPK-MB, troponina;
- 10) stężenie kreatyniny, mocznika, klirens kreatyniny, eGFR;
- 11) elektrolity we krwi;
- 12) dobowe wydalanie Na, K i Ca z moczem;
- 13) cholesterol (całkowity, LDL, HDL), trójglicerydy;
- 14) TSH (fT3, fT4), przeciwciała przeciwmikrosomalne tarczycy, kortyzol, parathormon, testosteron, dehydroepiandrosterone;
- 15) stężenie leków we krwi, w tym digoksyny, karbamazepiny, teofiliny;
- 16) białko całkowite, albuminy, elektroforeza, immunoelektroforeza, przeciwciała przeciwjądrowe, przeciwko natywnemu DNA, anty-cytrulinowe;
- 17) protrombina (INR), fibrynogen, czas fibrylizacji, kaolinowo-kefalinowy, D-dimery;
- 18) markery nowotworowe (PSA, CEA, CA 125, CA 19-9, alfa-fetoproteina);
- 19) witamina B12, kwas foliowy, witamina D;
- 20) posiewy mikrobiologiczne krwi, moczu, płwociny, wydzieliny z ran;
- 21) antygen HBs, przeciwciała anty-HCV;
- 22) kał na krew utajoną;
- 23) gazometria krwi żyłnej i tętniczej;
- 24) badania radiologiczne, w tym kontrastowe;
- 25) badania ultrasonograficzne;
- 26) badanie echograficzne serca;
- 27) dopplerowskie pomiary przepływu w naczyniach;
- 28) EKG spoczynkowe, wysiłkowe, 24-godzinna rejestracja EKG metodą Holtera;
- 29) 24-godzinna ambulatoryjna rejestracja ciśnienia tętniczego krwi;
- 30) badania endoskopowe;
- 31) badania histopatologiczne i biopsje cienkoigłowe;
- 32) densytometria;
- 33) tomografia komputerowa;
- 34) rezonans magnetyczny, a w uzasadnionych przypadkach inne metody obrazowania;
- 35) spirometria;
- 36) testy pochyleniowe.

Wykaz 10 najczęstszych grup JGP w zakresie geriatry; z podziałem na grupy wiekowe i lata

2011				
wiek I				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP	geriatria	interna	
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW	348	24 972	
5.51.01.0008089	H89 CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW	338	3 072	
5.51.01.0001035	A35 CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	302	1 596	
5.51.01.0010038	K38 CUKRZYCA I STANY HIPERGLIKEMICZNE INNEGO POCHODZENIA	278	17 244	
5.51.01.0001045	A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	268	3 672	
5.51.01.0005077	E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	248	11 634	
5.51.01.0008056	H56 ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA	169	1 246	
5.51.01.0005088	E88 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE > 17 R.Ż.	144	16 607	
5.51.01.0015066	Q66 CHOROBY NACZYŃ	137	5 599	
5.51.01.0011084	L84 INNE CHOROBY NEREK	132	6 320	
wiek II				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP	geriatria	interna	
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW	2 090	74 427	
5.51.01.0001035	A35 CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	1 325	4 822	
5.51.01.0001045	A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	803	6 017	
5.51.01.0005077	E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	653	17 059	
5.51.01.0008089	H89 CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW	552	2 221	
5.51.01.0015066	Q66 CHOROBY NACZYŃ	487	13 681	
5.51.01.0010038	K38 CUKRZYCA I STANY HIPERGLIKEMICZNE INNEGO POCHODZENIA	393	11 777	
5.51.01.0011084	L84 INNE CHOROBY NEREK	365	7 593	
5.51.01.0005056	E56 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	331	16 563	
5.51.01.0004046	D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	310	17 768	
wiek III				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP	geriatria	interna	
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW	259	7 107	
5.51.01.0001035	A35 CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	119	586	
5.51.01.0015066	Q66 CHOROBY NACZYŃ	83	1 972	
5.51.01.0005077	E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	60	1 449	
5.51.01.0001045	A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	56	476	
5.51.01.0004047	D47 ZAPALENIE PŁUC Z PW	40	764	
5.51.01.0011084	L84 INNE CHOROBY NEREK	33	430	
5.51.01.0009037	J37 OWRZODZENIA SKÓRY	31	173	
5.51.01.0016005	S05 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 10 DNI	31	320	
5.51.01.0010027	K27 ZABURZENIA ODŻYWIENIA	29	220	

2012				
wiek I				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP		geriatria	interna
5.51.01.0001035	A35 Choroby zwyrodnieniowe OUN		447	1 522
5.51.01.0008089	H89 Choroby niezapalne kości i stawów		426	3 030
5.51.01.0010038	K38 Cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia		347	16 994
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW		336	24 183
5.51.01.0001045	A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze		315	3 398
5.51.01.0005077	E77 Inne choroby układu krążenia > 17 r.ż.		314	11 169
5.51.01.0015066	Q66 Choroby naczyń		204	6 078
5.51.01.0006036	F36 Choroby jelita grubego		172	7 113
5.51.01.0010027	K27 Zaburzenia odżywienia		153	4 662
5.51.01.0005088	E88 Nadciśnienie tętnicze > 17 r.ż.		144	16 131
wiek II				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP		geriatria	interna
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW		2 410	72 818
5.51.01.0001035	A35 Choroby zwyrodnieniowe OUN		1 871	4 360
5.51.01.0001045	A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze		942	5 804
5.51.01.0005077	E77 Inne choroby układu krążenia > 17 r.ż.		791	16 093
5.51.01.0015066	Q66 Choroby naczyń		662	15 997
5.51.01.0008089	H89 Choroby niezapalne kości i stawów		636	2 400
5.51.01.0010038	K38 Cukrzyca i stany hiperglikemiczne innego pochodzenia		447	11 261
5.51.01.0011084	L84 Inne choroby nerek		426	7 688
5.51.01.0005073	E73 Choroby zastawek serca > 17 r.ż.		367	12 174
5.51.01.0005056	E56 Choroba niedokrwienna serca > 69 r.ż. lub z pw		358	15 797
wiek III				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP		geriatria	interna
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW		335	7 767
5.51.01.0001035	A35 Choroby zwyrodnieniowe OUN		185	568
5.51.01.0015066	Q66 Choroby naczyń		111	2 686
5.51.01.0001045	A45 Choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze		83	467
5.51.01.0005077	E77 Inne choroby układu krążenia > 17 r.ż.		72	1 464
5.51.01.0016005	S05 Zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony > 10 dni		43	349
5.51.01.0011084	L84 Inne choroby nerek		42	530
5.51.01.0010027	K27 Zaburzenia odżywienia		39	243
5.51.01.0004047	D47 Zapalenie płuc z pw		36	879
5.51.01.0005073	E73 Choroby zastawek serca > 17 r.ż.		36	784

2013				
wiek I				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP	geriatria	interna	
5.51.01.0001035	A35 CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	520	1 601	
5.51.01.0008089	H89 CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW	419	2 813	
5.51.01.0001045	A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	380	3 452	
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW	328	22 861	
5.51.01.0005077	E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	297	11 131	
5.51.01.0010038	K38 CUKRZYCA I STANY HIPERGLIKEMICZNE INNEGO POCHODZENIA	288	16 732	
5.51.01.0015066	Q66 CHOROBY NACZYŃ	220	6 487	
5.51.01.0005073	E73 CHOROBY ZASTAWEK SERCA > 17 R.Ż.	173	8 845	
5.51.01.0006036	F36 CHOROBY JELITA GRUBEGO	159	6 558	
5.51.01.0005088	E88 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE > 17 R.Ż.	136	15 225	
wiek II				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP	geriatria	interna	
5.51.01.0001035	A35 CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	2 346	4 586	
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW	2 270	69 805	
5.51.01.0001045	A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	1 038	5 693	
5.51.01.0015066	Q66 CHOROBY NACZYŃ	860	16 983	
5.51.01.0005077	E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	773	16 417	
5.51.01.0008089	H89 CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW	635	2 189	
5.51.01.0011084	L84 INNE CHOROBY NEREK	529	8 260	
5.51.01.0005073	E73 CHOROBY ZASTAWEK SERCA > 17 R.Ż.	506	12 227	
5.51.01.0010038	K38 CUKRZYCA I STANY HIPERGLIKEMICZNE INNEGO POCHODZENIA	433	10 894	
5.51.01.0016005	S05 ZABURZENIA KRZEPILNOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 10 DNI	400	5 489	
wiek III				
			liczba	
kod JGP	nazwa JGP	geriatria	interna	
5.51.01.0005053	E53 NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA > 69 R.Ż. LUB Z PW	368	8 216	
5.51.01.0001035	A35 CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	287	653	
5.51.01.0015066	Q66 CHOROBY NACZYŃ	132	3 096	
5.51.01.0005077	E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	106	1 728	
5.51.01.0001045	A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	97	521	
5.51.01.0005073	E73 CHOROBY ZASTAWEK SERCA > 17 R.Ż.	63	925	
5.51.01.0011084	L84 INNE CHOROBY NEREK	55	648	
5.51.01.0009037	J37 OWRZODZENIA SKÓRY	52	255	
5.51.01.0004047	D47 ZAPALENIE PŁUC Z PW	50	1 063	
5.51.01.0004018	D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE, WIRUSOWE	41	869	

Bibliografia:

- Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, Gerontologia Polska 2013, tom 21, nr 2.
- Perspektywa opieki zdrowotnej dla osób w wieku podeszłym, w systemie opieki zdrowotnej w Polsce – od POZ po placówki szpitalne, zabezpieczenie rehabilitacyjne i opiekę domową. Prof. dr hab. Barbara Bień – Kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.
- Derejczyk J., Paszkot-Kokoszka J., Szczygieł J.,: Analiza porównawcza efektywności i kosztów leczenia pomiędzy oddziałami chorób wewnętrznych a geriatrycznymi według danych SO NFZ w Katowicach z 2005 r. Opracowanie zespołowe dla potrzeb Konsultanta Wojewódzkiego i Zespołu Geriatrii przy MZ, Warszawa 2007.
- Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, red. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
- Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie skutków starzenia się społeczeństwa dla systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej (opinia rozpoznawcza), Dz.U. UE C z dnia 11 lutego 2011 r. (Dz.U.U.E.C.2011.44.10).
- Podręcznik kontrolera A2 – Standardy Kontroli NIK oraz Europejskie wytyczne stosowania standardów kontroli INTOSAI Wytyczna 12.

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
5. Prezes Rady Ministrów
6. Komisja Finansów Publicznych
7. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Komisja Zdrowia
9. Minister Finansów
10. Minister Zdrowia
11. Minister Sprawiedliwości
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Marszałkowie Województw



Minister Zdrowia

Warszawa,

26 MAR. 2015

MZ-DNM-0912-1/AK/14

Pan
Jacek Uczkiewicz
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

Stanisław Tomasz Proszynski

W nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” i Informacji o wynikach kontroli z dnia 11 marca 2015 r. o znaku: KZD-4101-003/2014 P/14/062, uprzejmie przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

PKT 3. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI – 3.2. Synteza wyników kontroli – 3.2.1. Minister Zdrowia – str. 14 i str. 15 oraz PKT 4. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI – 4.1.3. Współpraca Ministra Zdrowia z organami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami w zakresie oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych, skierowanych do osób w wieku podeszłym – str. 26:

Odnosząc się do treści ww. Informacji we wskazanej części, należy przypomnieć, iż Minister Zdrowia zajął w przedmiocie tejże oceny, dotyczącej przeprowadzonej kontroli w zakresie dostępności do świadczeń geriatrycznych w konsultacji

z samorządami wojewódzkimi odmienne stanowisko, które w toku dotychczasowej korespondencji w tym przedmiocie w pełni podtrzymał. Ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia geriatrycznego do dnia 31 grudnia 2014 r. była dokonywana w razie zgłaszanych przez samorzady województw problemów z dostępnością do przedmiotowych świadczeń, gdyż ratio legis wprowadzenia normy zawartej w art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), dalej „ustawy o świadczeniach”, w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 grudnia 2014 r. (tj. przed uchyleniem przepisu) było wyłącznie, wynikające z konstytucyjnych uprawnień Ministra Zdrowia, dokonywanie przez Ministra Zdrowia w konsultacji z samorządami wojewódzkimi bieżącej oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacji pojawiających się problemów ze wskazaną dostępnością. Przesłanką warunkującą konieczność konsultacji Ministra Zdrowia z samorządami wojewódzkimi był zatem wpływ do Ministerstwa Zdrowia od tych jednostek samorządu terytorialnego informacji odnośnie problemów z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do świadczeń z zakresu leczenia geriatrycznego. Przepis art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach należało bowiem interpretować w drodze wykładni celowościowej, odczytując normę w ten sposób, iż Minister Zdrowia konsultuje dostępność do przedmiotowych świadczeń z samorządami wojewódzkimi w sytuacji pojawienia się sygnałów pochodzących od wskazanych jednostek samorządu terytorialnego. Należy bowiem podkreślić, iż jednostki samorządu terytorialnego nierzadko mają większe rozeznanie w problemach społeczności lokalnej, jako administracja znajdująca się „bliżej” tej społeczności, niż organy administracji rządowej. Względy funkcjonalne są nierzadko decydujące w odczytywaniu zawartej konkretnym przepisem normy i tak było w tym przypadku. Normę zawartą w art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach należało rozumieć odmiennie, niż wynikało to z wniosków płynących z wykładni gramatycznej ww. przepisu. Przepis bowiem nie mógł być, zdaniem Ministra Zdrowia, rozumiany w sposób, który stanowiłby samoistną podstawę do dokonywania oceny we współpracy z samorządami wojewódzkimi, polegającą na stałym i okresowym dokonywaniu tej oceny i dokumentowaniu jej wyników, lecz tylko w sposób, który obligował Ministra Zdrowia do podejmowania działań w sferze bieżących (zauważalnych) problemów z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. Za słusznością powyższego rozumowania świadczył również argument, iż do dnia 31 grudnia 2014 r. brak było innych norm precyzujących lub dookreślających normę

wyrażoną w przepisie art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, nakazujących Ministrowi Zdrowia na dokonanie tejże konsultacji w określonym trybie, na określonych warunkach, czy w szczególności brak przepisu nakładającego dokonanie powyższego obowiązku w określonym terminie.

Dotychczasowe działania Ministerstwa Zdrowia w tym kontekście były podyktowane ww. interpretacją ww. przepisu. W celu jednak usunięcia rozbieżności interpretacyjnych w ocenie ww. przepisu, na skutek wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138, z późn. zm.), został uchylony ww. przepis art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Przedmiotowa zmiana weszła w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. Uchylenie przedmiotowej normy jest związane z wprowadzeniem z dniem 1 stycznia 2015 r. przepisów dotyczących nowego instrumentu w zakresie określenia potrzeb zdrowotnych, tj. map potrzeb zdrowotnych. Wyżej wspomniana nowelizacja wprowadza regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Celem analizy na poziomie regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych będzie określenie obecnej i prognozowanej sytuacji demograficznej i zdrowotnej społeczności w odniesieniu do dostępnych zasobów i infrastruktury ochrony zdrowia oraz wskazanie obszarów wymagających podjęcia odpowiednich działań ze strony państwa. Regionalne mapy będą sporządzane raz na 5 lat, a zadaniem wojewodów oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, będzie ich coroczna aktualizacja, pozwalająca na bieżące monitorowanie efektów podjętych działań i weryfikację ich zgodności z prognozami i założeniami. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniane przy tworzeniu planu zakupów na następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Ideą tych przepisów jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich w pierwszej kolejności (priorytety) powinny być realizowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozwoli na zabezpieczenie w jak największym stopniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na danym terenie. Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej określane będą na podstawie regionalnych map potrzeb zdrowotnych, a zatem określane one będą na okresy odpowiadające okresom, na które będą tworzone regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Tworzenie regionalnych map i publikowanie na stronach Biuletynu Informacji Publicznej przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewodów pozwoli na:

- 1) zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia;
- 2) zmniejszenie możliwości podejmowania czysto arbitralnych decyzji w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zwiększenie transparentności systemu inwestowania i procesu zawierania umów ze świadczeniodawcami.

W związku z powyższym, mając na uwadze wprowadzenie nowego instrumentu w zakresie określenia potrzeb zdrowotnych, jakim będą mapy potrzeb zdrowotnych, uchylono art. 11 w ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach, dotychczas definiujący obowiązek dokonywania oceny potrzeb zdrowotnych.

PKT 4. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI – 4.1.1. Kształtowanie polityki zdrowotnej dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym – strony 22-23:

Zgodnie z uchwałą Nr 2/2015 podjętą przez Kolegium Najwyższej Izby Kontroli w dniu 21 stycznia 2015 r. w sprawie zastrzeżeń zgłoszonych do wystąpienia pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli z dnia 3 listopada 2014 r. (Nr KZD-4101-003-01/2014), skierowanego w związku z przeprowadzoną w Ministerstwie Zdrowia kontrolą pn. „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”, uwzględniono w całości postulat zgłoszony przez Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia dotyczący prezentacji ustaleń kontroli dotyczących realizacji projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, w autonomicznej części wystąpienia pokontrolnego (tj. pkt 4, str. 16-17 tekstu ujednoliczonego wystąpienia pokontrolnego z dnia 3 listopada 2014 r. – wpłynęło do Ministerstwa Zdrowia w dniu 10 lutego 2015 r.), co nie znalazło odzwierciedlenia w przedmiotowej Informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” z dnia 10 marca 2015 r.

W związku z powyższym zwracam się z uprzejmą prośbą o uwzględnienie powyższej kwestii w przedmiotowym dokumencie, poprzez wyłączenie treści pkt 3 na str. 22-23 i zamieszczenie ich w odrębnym punkcie (tak jak to miało miejsce w treści ujednoliczonego wystąpienia pokontrolnego z dnia 3 listopada 2014 r.), po treściach zawartych w punkcie 4.1.3. na str. 26.

Ponadto, odnosząc się do treści akapitu trzeciego na str. 23 przedmiotowego dokumentu: *NIK zwraca uwagę, że istnieje ryzyko nieosiągnięcia celów założonych*

w projekcie „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”, przedkładałam następującą informację.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2014 r. realizacja założonych wskaźników w projekcie kształtuje się następująco:

- 841 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- 3270 pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej,
- 1375 fizjoterapeutów,
- 417 opiekunów medycznych,
- 138 terapeutów środowiskowych.

Niemniej, mając na uwadze liczbę rozdysponowanych miejsc szkoleniowych w ramach umów zawartych na rok bieżący oraz harmonogram kursów dla lekarzy poz, realizowanych przez Partnera projektu (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego), do końca realizacji projektu planowane jest osiągnięcie następujących rezultatów:

- liczba lekarzy poz, którzy ukończyli kurs w ramach projektu – 1400 (87,5 % planu),
- liczba pielęgniarek poz, które ukończyły kurs w ramach projektu – 4 000 (100% planu),
- liczba fizjoterapeutów, którzy ukończyli kurs w ramach projektu – 2320 (100 % planu),
- liczba opiekunów medycznych, którzy ukończyli kurs w ramach projektu – 467 (117 % planu),
- liczba terapeutów środowiskowych, którzy ukończyli kurs w ramach projektu – 188 (94% planu).

Ponadto, odnosząc się do treści akapitu piątego, zdanie drugie na str. 23 przedmiotowego dokumentu: *Beneficjent systemowy (Departament Pielęgniarek i Położnych MZ) nie prowadził analiz oceniających efektywność wydatków związanych z promocją szkoleń wśród poszczególnych grup zawodowych, a tym samym nie posiadał wiedzy, które działania należałoby zintensyfikować, aby osiągnąć założone rezultaty*”, przedkładałam następujące stanowisko.

W okresie realizacji projektu podejmowane są działania informacyjno-promocyjne kierowane do wszystkich grup zawodowych objętych wsparciem. Beneficjent systemowy (Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia) na bieżąco prowadzi analizy efektywności tych działań w ramach organizowanych kwartalnie posiedzeń Grupy sterującej powołanej w ramach projektu, biorąc pod uwagę przede wszystkim stopień osiągnięcia zakładanych wskaźników realizacji projektu w zakresie liczby osób, które ukończyły szkolenia w ramach projektu. Efektem tych analiz było wdrożenie od połowy 2014 r. ogłoszeń informacyjno-promocyjnych skierowanych odrębnie do lekarzy poz (np. nowe ogłoszenie prasowe i nowy baner internetowy). Dywersyfikacja działań informacyjno-promocyjnych (w zależności od grupy odbiorców) w ramach kampanii medialnej oraz ich stały charakter, a także inne działania podejmowane przez ww. Departament dodatkowo (poza kampanią), np. nawiązanie współpracy z organizacją reprezentującą pracodawców lekarzy rodzinnych oraz z Naczelną Izbą Lekarską w celu upowszechniania informacji o szkoleniach w środowisku lekarskim), w mojej ocenie w sposób istotny przyczyniły się do obserwowanego w chwili obecnej zwiększonego zainteresowania lekarzy poz szkoleniami oferowanymi w ramach projektu, co przekłada się na poprawę poziomu rekrutacji na kursy.

Powyższa informacja stanowi argument za tym, iż Beneficjent systemowy (Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia) na bieżąco analizował poziom osiągnięcia założonych wskaźników rezultatu i w efekcie posiadał wiedzę na temat konieczności zintensyfikowania działań mających na celu ich sukcesywny wzrost.

Podsumowując należy podkreślić, iż realizacja projektu systemowego – rozumianego jako inicjatywa wspierająca system specjalistycznej opieki medycznej geriatrycznej przyczynia się do podniesienia wiedzy i umiejętności personelu medycznego sprawującego opiekę nad osobami w wieku podeszłym w środowisku zamieszkania w systemie ochrony zdrowia.

Dodatkowo pragnę zaznaczyć, iż wskazane w ww. pkt informacje odnoszą się do stanu na dzień 31 sierpnia 2014 r. Aktualny stan realizacji przedmiotowego projektu znacznie różni się od zaprezentowanego w ww. dokumencie.

Obecnie nie dostrzegam zagrożenia w realizacji celów projektu. Na podstawie dogłębnej analizy wprowadzone zostały zmiany do projektu, dostosowujące wartości rezultatów poszczególnych grup zawodowych do zainteresowania kursami

doskonalącymi z zakresu opieki geriatrycznej. Zgodnie z aktualnym wnioskiem o dofinansowanie, docelowa wartość wskaźnika rezultatu projektu odnośnie przeszkolenia lekarzy poz została obniżona z 2 000 do 1 600, natomiast podniesiono wskaźnik rezultatu fizjoterapeutów – z 1 420 do 2 320 oraz opiekunów medycznych – z 400 do 450. W związku z powyższym ogólna liczba uczestników projektu zwiększona została z 8 020 do 8 570.

PKT 5 INFORMACJE DODATKOWE – 5.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli – str. 41, wniosek dotyczący dokonywania bieżącej oceny dostępności świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry w konsultacji z samorządami województw:

Odnosząc się do wniosku o dokonywanie bieżącej oceny działalności świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry w konsultacji z samorządami województw, uprzejmie informuję, iż zgodnie z dotychczasowymi wyjaśnieniami wskazującymi na rozumienie art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, Minister Zdrowia, dokonywał bieżącej oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym do świadczeń z zakresu geriatry w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, w sytuacji pojawiających się problemów ze wskazaną dostępnością. W związku z powyższym, w mojej ocenie, wniosek był realizowany.

W związku z wejściem w życie wspomnianej wyżej ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach i uchyleniem art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, wynikająca z tego przepisu norma została zastąpiona przez przepisy wprowadzające wspomniane mapy potrzeb zdrowotnych.

Z poważaniem

Anna Łukasik

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Anna Łukasik



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

KZD-4101-003/2014
Nr ewid. 2/2015/P/14/062/KZD

Warszawa, 10 kwietnia 2015 r.

Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust.2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do informacji o wynikach kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje do wiadomości fakt niezgłoszenia przez Ministra Zdrowia uwag do istotnych ustaleń i wniosków systemowych zawartych w *Informacji*. Natomiast w odniesieniu do punktu **Współpraca Ministra Zdrowia z organami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami w zakresie oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych, skierowanych do osób w wieku podeszłym** (pkt 3.2.1. oraz pkt 4.1.3. w *Informacji*) Minister przedstawia interpretację art. 11 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹, dotyczącego dokonywania oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, której nie podzieliło Kolegium NIK oddalając zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto, w ocenie NIK, uchylene, na skutek nowelizacji ustawy, wspomnianego art. 11 ust 1 pkt 2, nie zwalnia Ministra Zdrowia od konieczności gromadzenia informacji i oceny dostępności świadczeń zdrowotnych przy podejmowaniu decyzji strategicznych dotyczących systemu ochrony zdrowia. Współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego tworzącymi podmioty lecznicze² i zobowiązanymi do tworzenia warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia³ powinna stanowić element harmonizacji realizacji zadań władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Brak systematycznego gromadzenia odpowiednich danych i ciągłości prowadzonych przez Ministra Zdrowia analiz dotyczących dostępności świadczeń stawia pod znakiem zapytania skuteczność wprowadzania zmian systemowych w ochronie zdrowia.

W odniesieniu do uwag Ministra Zdrowia dotyczących punktu **Kształtowanie polityki zdrowotnej dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym** (pkt 4.1.1. podpunkt 3.), w zakresie projektu systemowego „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki⁴, NIK stwierdza, iż w wystąpieniu pokontrolnym opisującym działalność Ministra Zdrowia w zakresie przeprowadzanej kontroli „*Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku*” tekst dotyczący realizacji projektu systemowego „*Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie*

¹ Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm., w brzmieniu obowiązującym do 31 grudnia 2014 r.

² Por. art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).

³ Por. art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 j.t. ze zm.).

⁴ Projekt jest realizowany w oparciu o Decyzję Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2012 r. (zmienianą w dniach 2 lipca 2012 r., 24 kwietnia 2013 r., 7 maja 2014 r.), wniosek o dofinansowanie realizacji projektu nr POKL.02.03.02-00-008/11 oraz dokumenty stanowiące System realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki.

opieki geriatrycznej" został, na wniosek Ministra Zdrowia, uchwałą Kolegium NIK wyodrębniony z opisu działań Ministra w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej dotyczącej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym jako oddzielny punkt wystąpienia. Przedstawiciele Ministra Zdrowia argumentowali przed Kolegium NIK swój wniosek tym, że szkolenie „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej” jest, cytując „...inicjatywą wspierającą (...), jest projektem innowacyjnym, skierowanym do stosunkowo niewielkiej grupy lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych (...), jest projektem pilotażowym...”. Przedstawiono ten program jako wspierający system szkolenia kadr medycznych w ramach zadań szkoleniowych Ministra Zdrowia. W związku z tym Kolegium NIK uznało, że problematyka projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia (...)” ze względu na swoją specyfikę wymaga omówienia jej w odrębnej, autonomicznej części *Wystąpienia pokontrolnego*. Należy podkreślić, iż zastrzeżenia Ministra Zdrowia zgłoszone Kolegium NIK dotyczyły wyłącznie redakcji tekstu, a nie merytorycznej poprawności dokonanych ustaleń.

Informacja NIK o wynikach kontroli jest dokumentem samoistnym, zawiera materiał z różnych kontrolowanych w tym zakresie podmiotów i wymaga bardziej syntetycznej prezentacji materiałów z kontroli. Z tego powodu w **Informacji o wynikach kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”** fragment dotyczący wsparcia kształcenia personelu medycznego pozostawiono w punkcie dotyczącym kształtowania polityki zdrowotnej przez Ministra Zdrowia. Kształcenie kadr na potrzeby strategicznego zadania, jakim jest stworzenie systemu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku stanowi istotny element polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia i w taki sposób ustalenia dotyczące programu zostały przedstawione w *Informacji*.

