

Załącznik nr 1 do dokumentu

„Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z  
perspektywą do 2030 r.

## **STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI STARSZYMI**

## Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	<b>3</b>
<b>DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO</b> .....	<b>4</b>
OSOBY STARSZE .....	4
Demografia i epidemiologia .....	4
Dostępne wsparcie zdrowotne.....	15
OPIEKA NIEFORMALNA .....	34
<b>KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI</b>	<b>39</b>
<b>OBSZARY STRATEGICZNE</b> .....	<b>40</b>
ROZWÓJ ZASOBÓW KADROWYCH.....	40
ROZWÓJ FORM OPIEKI DZIENNEJ .....	44
ROZWÓJ FORM OPIEKI DOMOWEJ .....	49
ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI.....	51
WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH .....	54
KOORDYNACJA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ.....	60
<b>SYSTEM REALIZACJI I MONITOROWANIA</b> .....	<b>63</b>

## Wstęp

Niniejszy dokument stanowi załącznik nr 1 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość - Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, zwanego dalej „Strategią”. Zgodnie z założeniami określonymi w dokumencie, przewidziane zostało wsparcie poświęcane osobom starszym. W dokumencie znajdują się zadania polegające przede wszystkim na zapewnieniu osobom starszym wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy.

Dokument składa się z części diagnostycznej, zawierającej demografię i epidemiologię, opis sytuacji zdrowotnej osób starszych i osób z zaburzeniami psychicznymi, potrzeby oraz szeroki opis obecnie dostępnego wsparcia, czyli opis dostępnej opieki zdrowotnej w ramach systemu ochrony zdrowia, tj. opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki psychiatrycznej, z podziałem na opiekę ambulatoryjną, szpitalną i domową oraz dzienną. Jeden rozdział poświęcono opiece nieformalnej. Określono cel główny, którym w zakresie opieki nad osobami starszymi jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Następnie wskazano poniższe obszary strategiczne:

- 1) Rozwój zasobów kadrowych;
- 2) Rozwój form opieki dziennej;
- 3) Rozwój form opieki domowej;
- 4) Rozwój innowacyjnych form opieki;
- 5) Wsparcie opiekunów nieformalnych;
- 6) Koordynacja opieki środowiskowej.

Każdy obszar strategiczny ma cel szczegółowy i przypisane do niego konkretne działania jego realizacji. Osobne części poświęcone są systemowi koordynacji i wdrażania, a także monitorowania i ewaluacji oraz wskaźnikom realizacji celów projektowanego dokumentu strategicznego.

Dokument ten obejmuje działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja dokumentu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

# DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO

## OSOBY STARSZE

### Demografia i epidemiologia

#### Sytuacja demograficzna

Zmiany demograficzne skutkujące starzeniem się społeczeństwa są od wielu lat zjawiskiem typowym dla krajów wysoko rozwiniętych, w tym krajów Europy Zachodniej. Na przestrzeni ostatnich lat stają się również coraz bardziej widoczne w Polsce wpływając na coraz więcej obszarów życia społecznego i gospodarczego kraju, w tym m.in. system ochrony zdrowia.

**Osoby starsze, tj. osoby w wieku co najmniej 60 lat<sup>1</sup>** w 2020 r. stanowiły ponad **9,8 mln** (ponad **25%**, w tym niemal 29% kobiety, a 22% mężczyźni) z niemal 38,3-milionowej populacji Polski<sup>2</sup>.

W stosunku do 2015 r. liczba Polaków w starszym wieku wzrosła o ponad 997 tys. osób. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł w ciągu ostatnich 6 lat o 2,7 punktu procentowego (z 22,9% w 2015 r. do 25,6% w 2020 r.). W latach 2009-2020 liczba osób w starszym wieku wzrosła w sumie o ponad 2,5 mln, w tym największy liczebny wzrost o ponad 1,1 mln odnotowano dla grupy osób w wieku 65-69 lat. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł od 2009 r. o ponad 6,5 punktu procentowego (z 19,1% do 25,6%).

**Współczynnik obciążenia demograficznego<sup>3</sup>** rośnie w Polsce od kilku lat – w 2020 r. wyniósł 69 wobec 55 w 2010 r. Jednakże bardziej istotne niż wartość ogólnego współczynnika są proporcje wskaźników cząstkowych (rozpatrywane odrębnie relacje liczby osób w wieku przedprodukcyjnym oraz liczby osób w wieku poprodukcyjnym do zbiorowości w wieku produkcyjnym). Ich analiza wskazuje na niekorzystne zmiany w obydwu rozpatrywanych grupach. Wskaźnik obciążenia dla osób w wieku przedprodukcyjnym od kilku lat pozostaje praktycznie bez zmian, natomiast wzrasta regularnie dla wieku poprodukcyjnego (najgwałtowniej w ciągu ostatniej dekady). W 2020 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 31 osób w wieku przedprodukcyjnym i aż 38 osób w wieku poprodukcyjnym<sup>4</sup>. Zmiany w tym zakresie w minionych latach prezentuje tabela 1.

---

<sup>1</sup> Definicja osób starszych, zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o *osobach starszych* (Dz. U. poz. 1705).

<sup>2</sup> *Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 XII*, GUS, Warszawa 2020, str. 11.

<sup>3</sup> Współczynnik obrazujący liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym

<sup>4</sup> *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.*, s. 18.

*Tabela 1. Wartość współczynnika obciążenia demograficznego w wybranych latach w okresie od 1990 do 2020 r.*

Wiek	Rok						
	1990	1995	2000	2010	2018	2019	2020
Ogółem	74	68	64	55	65	67	69
Przedprodukcyjny (0-17 lat)	52	45	40	29	30	30	31
Poprodukcyjny (od 60/65 lat*)	22	23	24	26	35	37	38

\*od 60 lat dla kobiet, od 65 lat dla mężczyzn

Źródło: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r.*, s. 19.

Ludność Polski jest obecnie przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej (UE), ale – jak wynika z prognozy Eurostatu – ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać. W połowie XXI w. zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych wartości dla krajów UE<sup>5</sup>. Na tle UE sytuacja demograficzna Polski zmienia się więc bardzo dynamicznie, gdyż z kraju o stosunkowo młodej populacji, **Polska w 2050 r. stanie się najprawdopodobniej siódmym najstarszym krajem w UE** pod względem odsetka osób w wieku co najmniej 65 lat.<sup>6</sup>

Wyniki prognozy Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dotyczącej liczby ludności Polski na lata 2014–2050 podobnie wskazują na pogłębianie się procesu **starzenia się społeczeństwa**. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o ok. 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest równocześnie systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Przewiduje się, że populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności<sup>7</sup>. Tabela 2 przedstawia prognozowany procentowy udział osób starszych w populacji Polski, w tym w podziale na poszczególne grupy wiekowe, w kolejnych dekadach XXI w.

*Tabela 2. Prognozowany udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski w latach 2030–2050*

Grupa wiekowa	Prognozowany udział [%] osób w latach		
	2030	2040	2050
60–64	5,7	7,9	7,7
65–69	5,7	6,7	8,5
70–74	6,2	5,4	7,7
75–79	5,4	4,9	6,1
80-84	3,5	4,7	4,3
85 i więcej	2,4	4,8	6,1
<b>Ogółem</b>	<b>29,0</b>	<b>34,4</b>	<b>40,4</b>

Na podstawie: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2019 r.*, s. 9 (na podstawie prognozy GUS).

Prognozy wskazują, że w okresie dekady przypadającej na lata 2021–2030 będzie wzrastała liczba i udział osób w wieku 60–79 lat w ogóle ludności Polski. W wiek ten będą bowiem wchodziły liczne

<sup>5</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2020*, (red.) Wojtyński B., Goryński P., NIZP–PZH, Warszawa 2020, s. 49.

<sup>6</sup> *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014, s. 167.

<sup>7</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 6.

grupy osób urodzonych w latach *boomu* urodzeń z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX w. Natomiast w wiek późnej starości (80 lat i więcej) będą wchodziły stosunkowo mało liczne grupy osób urodzonych w czasie drugiej wojny światowej<sup>8</sup>. Z kolei począwszy od 2026 r. rozpocznie się dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej, co będzie związane z wchodzeniem w wiek późnej starości bardzo licznej grupy osób urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej a początkiem lat sześćdziesiątych. Szacuje się, że pomiędzy 2025 r. a 2040 r. liczebność osób w wieku co najmniej 80 lat i więcej w Polsce zwiększy się dwukrotnie – z 1,7 mln do 3,4 mln<sup>9</sup>.

Obserwowane w Polsce pozytywne zmiany w zakresie spadku natężeniu zgonów są przyczyną trwającego od niemal 30 lat **wzrostu przeciętnego trwania życia**. W 2019 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 74,1 lat, natomiast płci żeńskiej 81,8 lat (tabela 3). W porównaniu z 1996 r. trwanie życia wydłużyło się o 5,2 wśród kobiet i 6 lat wśród mężczyzn. W Polsce w 2019 r. mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą jeszcze średnio nieco ponad 19 lat życia, zaś kobieta w tym wieku ponad 24 lata, czyli o 3-4 lata więcej niż w 1996 r.<sup>10</sup>.

*Tabela 3. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2019 r.*

Przeciętne dalsze trwanie życia:	Mężczyźni	Kobiety	Średnia
osób urodzonych w 2019 r.	74,1	81,8	78,0
osób w wieku 60 lat	19,3	24,2	21,8
osób w wieku 75 lat	10,2	12,6	11,4

Źródło: *Trwanie życia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020, s. 11

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, występuje nadumieralność mężczyzn, jednak skala tego zjawiska jest znacznie wyższa niż w większości krajów europejskich – w 2019 r. wartość ta wyniosła 7,7 lat. Zjawisko **nadumieralności mężczyzn** obserwowane jest we wszystkich grupach wiekowych, jednak różnica między płciami zwiększa się wraz z wiekiem.<sup>11</sup> Wśród mężczyzn osoby starsze stanowią niespełna 3% ludności, a wśród kobiet prawie 6%<sup>12</sup>. Szczegółowe porównanie w tym zakresie przedstawia tabela 4.

*Tabela 4. Liczba i struktura populacji osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski w 2020 r.*

Wyszczególnienie	Mężczyźni [mln]	Kobiety [mln]	Ogółem [mln]
Ogółem	18,50	19,76	38,26
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	4,11	5,69	9,80
<b>Osoby w wieku 60 lat i więcej w podziale na grupy wiekowe:</b>			
60–64 lat	1,26	1,42	2,68
65–69 lat	1,12	1,38	2,50
70–74 lat	0,81	1,11	1,92
75–79 lat	0,39	0,62	1,01
80–84 lat	0,30	0,57	0,87
85 lat i więcej	0,23	0,59	0,82

<sup>8</sup> j.w., s. 7.

<sup>9</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, s. 7.

<sup>10</sup> *Trwanie życia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020, s. 11

<sup>11</sup> *Trwanie życia w 2019 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020, s. 9

<sup>12</sup> *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r.*, s. 19.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

Mężczyźni żyją znacząco krócej niż kobiety, dlatego też grupa osób w starszym wieku jest silnie zróżnicowana ze względu na płeć. Nadumieralność mężczyzn i zróżnicowanie parametrów trwania życia skutkują rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet w populacji. W populacji osób w starszym wieku większość stanowią kobiety (58,1%) – na 100 mężczyzn przypada ich 139 (dla porównania dla ludności ogółem wskaźnik feminizacji wynosi 107). **Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z wiekiem**, np. w grupie 60-64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości (współczynnik feminizacji wynosi 113 – na 100 mężczyzn przypada 113 kobiet), a wśród osób co najmniej 85-letnich już niemal 72% (wskaźnik feminizacji – 257). Jedynie w najstarszej grupie wieku, tj. osób w wieku 85 lat i więcej, współczynnik feminizacji na wsi był wyższy niż w mieście (274 wobec 248). W miastach ludność w starszym wieku stanowi niemal 27,8% ogółu mieszkańców, natomiast na terenach wiejskich udział ten jest niższy i wynosi 22,3% mieszkańców.<sup>13</sup> Przytoczone dane wskazują, że zbiorowość osób starszych jest zdominowana przez kobiety, których udział stanowi ponad 70% osób w najstarszej grupie wiekowej<sup>14</sup>. Różnice w wartości współczynnika feminizacji pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi oraz mieszkańcami miast i wsi w populacji osób starszych przedstawia tabela 5.

*Tabela 5. Współczynnik feminizacji w populacji osób starszych w 2020 r. w rozróżnieniu na wiek i miejsce zamieszkania*

Grupa wiekowa	Ogółem	Miasto	Wieś
60–64	113	123	98
65–69	123	133	106
70–74	137	143	124
75–79	160	162	155
80-84	196	197	194
85 i więcej	257	248	274
<b>Populacja osób starszych ogółem</b>	<b>139</b>	<b>146</b>	<b>126</b>
<b>Populacja Polski ogółem</b>	<b>107</b>	<b>111</b>	<b>101</b>

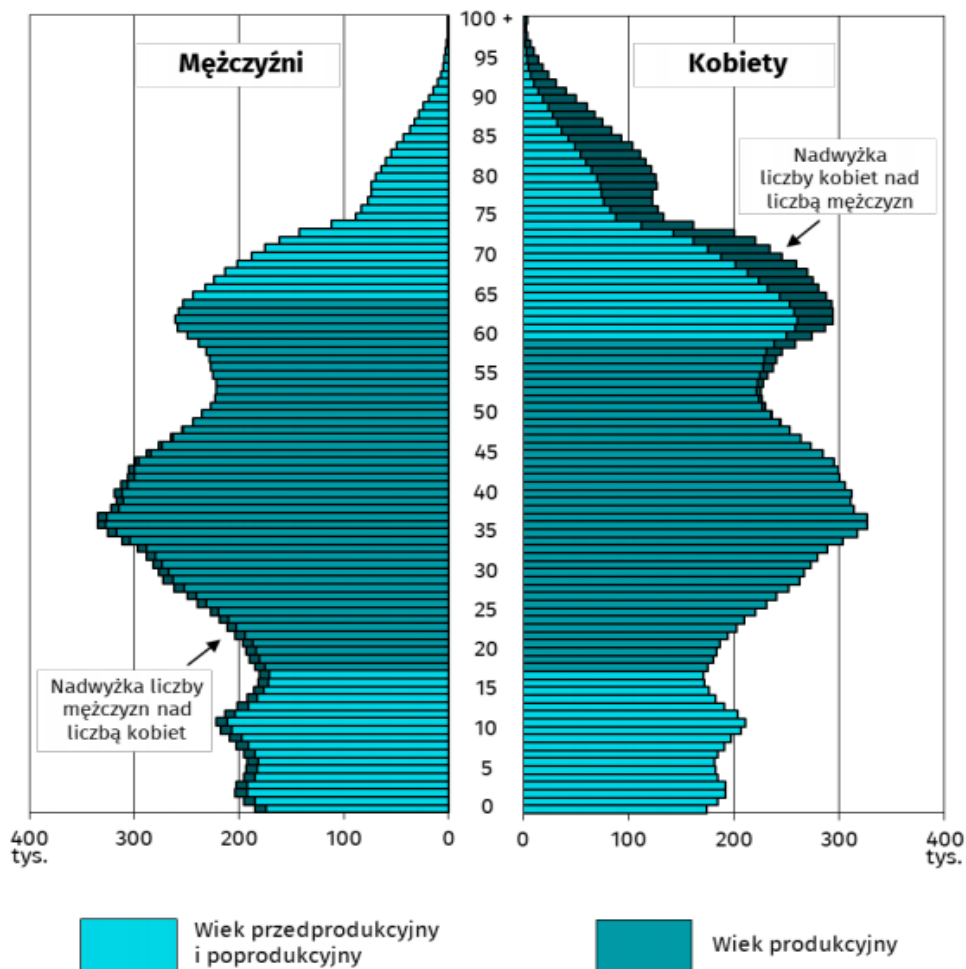
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

Różnice proporcji pomiędzy płciami i poszczególnymi grupami wiekowymi przedstawia wykres 1, prezentujący przekrój demograficzny ludności Polski w połowie 2020 r.

<sup>13</sup>Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

<sup>14</sup>Opracowanie własne na podstawie danych GUS z 2020 r.

Wykres 1. Piramida wieku ludności (stan w dniu 30 czerwca 2020 r.)



Źródło: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 VI*, GUS, Warszawa 2020, s. 10.

Przeciętne trwanie życia różni się także pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi, (m.in. grupami o różnym statusie materialnym), grupami o różnych poziomach wykształcenia, grupami zawodowymi, mieszkańcami różnych regionów i województw czy miast i wsi (w 2020 r. w miastach ludność w starszym wieku stanowiła 28% populacji, natomiast na terenach wiejskich mieszkało ich mniej i stanowili ponad 22% mieszkańców). Nierówności te również utrzymują się w Polsce w większym stopniu niż w krajach Europy Zachodniej<sup>15</sup>.

### Sytuacja zdrowotna

Wśród ludzi starszych (po ukończeniu 60. roku życia) w Polsce często występują długotrwałe problemy zdrowotne. W 2014 r. ponad 70% 50-latków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród 60-latków odsetek ten wyniósł już 85%, a w grupie ludzi najstarszych – ponad 90%<sup>16</sup>.

Obok długości trwania życia, istotne znaczenie dla jakości życia ma **długość trwania życia w zdrowiu** wyliczane na podstawie średniej liczby lat życia bez niepełnosprawności. Według szacunków Eurostatu, mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) przeciętnie 60,5 lat (82,1% oczekiwanej całkowitej długości życia), a kobiety średnio 64,3 lat (78,7% oczekiwanej całkowitej

<sup>15</sup> *Trwanie życia w 2018 r.*, s. 8–11 oraz *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, s. 73, 83.

<sup>16</sup> *Stan zdrowia ludności Polski 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 63.



długości życia)<sup>17</sup>. Według aktualnych szacunków Eurostatu długość życia w zdrowiu Polek wynosi 64,3 lat (78,7% oczekiwanej całkowitej długości życia) i jest o 0,5 roku dłuższa od średniej dla krajów UE, natomiast Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 60,5 lat (82,1% oczekiwanej całkowitej długości życia) i jest o 2,9 roku krótsza niż średnia UE. W latach 2009–2018 długość życia w zdrowiu polskich mężczyzn wzrosła o 2,2 lat, a kobiet – o 1,8 lat. Różnica w długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce (3,8 lat) jest obecnie największa w krajach UE<sup>18</sup>.

Na podstawie wyników Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC), 27,9% osób starszych w wieku 60 lat i więcej mieszkających w Polsce oceniło w 2019 r. swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”, częściej mężczyźni (30,5%) niż kobiety (26,1%) oraz częściej mieszkańcy miast (30,1%) niż wsi (24,3%). Z kolei 26,5% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest „złe” lub „bardzo złe”, częściej kobiety (27,9%) niż mężczyźni (24,6%) oraz częściej mieszkańcy wsi (28,2%) niż miast (25,5%). Jednocześnie niemal połowa (45,6%) osób oceniła swoje zdrowie niejednoznacznie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”. Niemal  $\frac{2}{3}$  osób w wieku 60 lat i więcej (66,3%) wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewidywano, że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy – częściej kobiety (68,3%) niż mężczyźni (63,5%) oraz mieszkańcy miast (67,7%) niż mieszkańcy wsi (64,0%). Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, rzeczywistą potrzebę leczenia lub badania zadeklarowało 73,4% osób starszych. Z tej grupy jedynie 12,1% przyznało, że nie skorzystało z leczenia lub badania za każdym razem, gdy była taka potrzeba. Największą część (40,9%) jako powód podała „zbyt długą listę/kolejkę oczekujących”. Ponad połowa (54,6%) osób powyżej 60 r.ż. w 2019 r. zadeklarowała brak ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności. Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności dotyczyła natomiast 45,4% osób starszych (46,4% wśród kobiet i 43,9% wśród mężczyzn; 46,0% wśród mieszkańców wsi i 45,0% wśród mieszkańców miast)<sup>19</sup>.

Polska jest krajem o bardzo nierównomiernym rozkładzie umieralności i zachorowalności w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Wysoki poziom **społecznych nierówności w zdrowiu** populacji osób starszych (oprócz różnic w zamożności, wykształceniu czy miejscu zamieszkania) może wynikać także z różnic w dostępie do opieki zdrowotnej. Potrzeba opieki wynikająca z ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych rozkłada się nierównomiernie w polskiej populacji – ograniczenia funkcjonalne występują 2-krotnie częściej w przedziale osób o najniższych dochodach niż w przedziale osób o dochodach najwyższych oraz 3-krotnie częściej w grupie osób z wykształceniem podstawowym niż w grupie osób z wykształceniem wyższym. Wyższe zapotrzebowanie na opiekę wśród osób o niższych dochodach i gorszym wykształceniu niekorzystnie koreluje z możliwością uzyskania przez te osoby pomocy w sektorze prywatnym lub na zasadzie współodpłatności<sup>20</sup>.

Badania dotyczące stanu zdrowia osób w starszym wieku w ostatnich latach wykazują niejednolite tendencje – niektóre wskazują na nieznaczne pogorszenie stanu zdrowia tej grupy osób (wzrost zachorowalności i poziomu zależności na skutek niepełnosprawności i większego rozpowszechnienia chorób przewlekłych i chorób współistniejących), natomiast inne wykazują na poprawę stanu zdrowia tej grupy społecznej (kompresja zachorowalności)<sup>21</sup>.

W porównaniu z innymi krajami europejskimi seniorzy w Polsce częściej deklarują zły stan zdrowia – w 2018 r. 23,8% osób w wieku 65–74 lata oraz 42,7% w wieku powyżej 75 lat oceniło swój stan

<sup>17</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, s. 86–87.

<sup>18</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, s. 86–87.

<sup>19</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2019*, s. 41-42.

<sup>20</sup> *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 42.

<sup>21</sup> j.w., s. 16.

zdrowia jako zły lub bardzo zły (wartości średnie dla UE-28 w 2018 r. wyniosły w tym zakresie odpowiednio 13,5% i 23,8%). Podobna prawidłowość dotyczyła ograniczonej zdolności do wykonywania codziennych czynności – 11,8% osób w wieku 65–74 lata oraz 26,9% osób w wieku powyżej 75 lat ocenia swoje ograniczenie jako poważne, natomiast pewne ograniczenie dostrzega u siebie 29,3% osób wieku 65–74 lata i 37,5% osób w wieku powyżej 75 lat.<sup>22</sup>

Jednocześnie jakość życia starszych Polaków pozostaje niezadowolająca ze względu na znaczne obciążenie **chorobami przewlekłymi i wielochorobowością** (osoby w wieku powyżej 70 lat chorują średnio na co najmniej trzy choroby przewlekłe) oraz **niesprawnością funkcjonalną** (oddziaływającą na stan psychiczny i samoocenę stanu zdrowia), których prawdopodobieństwo wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem. Wszystko to z kolei zwiększa prawdopodobieństwo zapotrzebowania na świadczenia medyczne, w tym także świadczenia opiekuńcze. Cechy te kwalifikują się często do kategorii tzw. **wielkich problemów geriatrycznych**, które obecnie nie są powszechnie identyfikowane, a wymagają specjalistycznej pomocy geriatrycznej. Obserwuje się jednak zjawisko uznawania tych problemów za naturalną konsekwencję starzenia, co sprawia, iż seniorom nie zapewnia się specjalistycznej pomocy geriatrycznej lub świadczeń opiekuńczych<sup>23</sup>.

Według OECD głównymi przyczynami zgonów w krajach OECD w 2017 r. były kolejno:

- 1) choroby układu krążenia (31%),
- 2) nowotwory (25%),
- 3) choroby układu oddechowego (10%),
- 4) choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (9%)<sup>24</sup>.

Najczęstszą przyczyną zgonów zarówno na świecie, jak i w Polsce, są **choroby układu sercowo-naczyniowego**. Skalę skutków zdrowotnych poszczególnych chorób, w tym chorób układu krążenia, przedstawiają wyniki Globalnego Badania Obciążenia Chorobami (*Global Burden of Disease Study*, badanie GBD)<sup>25</sup>. Na jego podstawie szacuje się, że w 2017 r. w Polsce na 100 tys. mieszkańców choroby układu sercowo-naczyniowego były powodem łącznie:

- niemal 440 zgonów, co stanowi niemal 43% ogółu zgonów;
- niemal 983 lat życia przeżytych z niepełnosprawnością (wskaźnik YLDs – *Years Lived with Disability*), co stanowi niemal 7% wszystkich YLDs;
- utraty ponad 7 232 lat życia w zdrowiu (wskaźnik DALYs – *Disability Adjusted Life Years*), co stanowi ponad 22% wszystkich DALYs.

Choroby układu krążenia są najczęstszą przypadłością zdrowotną wśród osób starszych. W 2017 r. spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia ponad 92,8% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. Wśród wszystkich osób starszych zgony kardiologiczne stanowiły blisko połowę (44,3%) zgonów, częściej wśród kobiet (48,3% zgonów) niż wśród mężczyzn (40,0%) oraz wśród mieszkańców wsi (47,5%) niż mieszkańców miast (42,5%). W przypadku seniorów (85 lat i więcej) – tylko 4 na 10 osób umiera w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne<sup>26</sup>.

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są **nowotwory**, w tym nowotwory złośliwe. Zgodnie z wynikami badania GBD w 2017 r.<sup>27</sup> w Polsce na 100 tys. mieszkańców nowotwory były powodem łącznie:

<sup>22</sup> *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2017)* – raport z badania sondażowego pn. *Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC)*, ss. 73-74 (zgodnie z danymi GUS badanie zostało ponowione na terenie całej Polski w okresie kwiecień–czerwiec 2019 r.).

<sup>23</sup> *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, s. 36.

<sup>24</sup> *Health at a Glance*, 2019, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en).

<sup>25</sup> Na podstawie danych dla Polski według *Globalnego Badania Obciążenia Chorobami*: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

<sup>26</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2019*, s. 8.

<sup>27</sup> Na podstawie danych dla Polski według *Globalnego Badania Obciążenia Chorobami*: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

- niemal 285 zgonów, co stanowi niemal 28% ogółu zgonów;
- ponad 177 YLDs, co stanowi 1,24% wszystkich YLDs;
- utraty ponad 6 125 DALYs, co stanowi niemal 19% wszystkich DALYs.

Powyższe dane wskazują, że nowotwory skutkują zgonem najczęściej ze wszystkich przyczyn chorób, stanowiąc jednocześnie mniejszą przyczynę niepełnosprawności wśród chorych.

Ich udział wśród przyczyn umieralności rośnie. W 2017 r. zarówno w całej populacji, jak i w grupie osób starszych co czwarty zgon był spowodowany chorobami nowotworowymi (w 1990 r. było to 18%). Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, że w 2017 r. spośród wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych ponad 73% dotyczy osób w wieku co najmniej 60 lat, zaś na ponad 165 tys. wszystkich zachorowań na nowotwory ok. 121 tys. przypadków dotyczyło osób w starszym wieku. Mężczyźni stosunkowo częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych – są one przyczyną 27,9% zgonów mężczyzn i 21,2% zgonów kobiet.<sup>28</sup>

Struktura i częstość zgonów jest zróżnicowana według płci – zarówno dla całej populacji, jak i dla grupy osób w wieku 60 lat i więcej. Umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz z wiekiem<sup>29</sup>. Wśród kobiet częstszą przyczyną zgonu są choroby układu krążenia, natomiast mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych. Do innych przyczyn zgonów osób starszych należą również: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby<sup>30</sup>.

W kontekście problemów zdrowotnych osób starszych istotną rolę odgrywają także **zaburzenia otępienne**, w tym **choroba Alzheimera**, której rozpowszechnienie w Polsce szacuje się od 360 tys. do 470 tys., a według szacunków organizacji Alzheimer Europe – nawet na 500 tys. osób. Jest to niemal 20% więcej niż w 2005 r. Choroba Alzheimera stanowi ok. 60–70% wszystkich przypadków chorób otępiennych<sup>31</sup>. Chorobowość rejestrowana choroby Alzheimera jest jednak niedoszacowana. Według danych GBD liczba chorych na Alzheimera na 2019 r. w Polsce to ok. 585 tys. osób<sup>32</sup>. Należy przy tym podkreślić, że o ile w latach 2005–2010 coroczny wzrost liczby chorych utrzymywał się na poziomie nieprzekraczającym 2%, o tyle w latach 2010–2015 dynamika ta wynosiła już 3–4%<sup>33</sup>. Według szacunków badania GBD<sup>34</sup> choroba Alzheimera oraz inne choroby otępienne w 2017 r. w Polsce na 100 tys. mieszkańców były powodem łącznie:

- niemal 75 zgonów, co stanowi 7,3% ogółu zgonów;
- niemal 187 YLDs, co stanowi 1,31% wszystkich YLDs;
- utraty ponad 833 DALYs, co stanowi 2,55% wszystkich DALYs.

Wzrost rozpowszechnienia zaburzeń otępiennych, w tym w szczególności choroby Alzheimera, jest jednym z negatywnych skutków starzenia się polskiego społeczeństwa i implikuje wiele istotnych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia. Wraz z wiekiem zwiększa się bowiem ryzyko wielu chorób, w tym również chorób neurodegeneracyjnych. Badania wskazują, iż ryzyko zachorowania na chorobę

<sup>28</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2019, s. 8–9.

<sup>29</sup> j.w., s. 9.

<sup>30</sup> Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018, s. 8–9.

<sup>31</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

<sup>32</sup> <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [dostęp: 2021-02-21]

<sup>33</sup> Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, Informacja o wynikach kontroli, NIK, Warszawa 2017, s. 8–9.

<sup>34</sup> Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

Alzheimera po ukończeniu 65. lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdego kolejnych 5 lat życia<sup>35</sup>.

Warto podkreślić, że osoby starsze, przez wzgląd na choroby przewlekłe i postępującą z wiekiem potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, stanowią również najliczniejszą grupę wiekową wśród osób deklarujących **niepełnosprawność** w Polsce – wśród ok. 4,7 mln osób stwierdzających u siebie problemy zdrowotne skutkujące ograniczeniem wykonywania czynności codziennych, aż ponad 2,5 mln osób to ludzie starsi (tj. w wieku co najmniej 60 lat)<sup>36</sup>. Podobny odsetek osób starszych odnotowuje się również wśród 2,5 mln osób z formalnie orzeczoną niepełnosprawnością<sup>37</sup>. W obu powyższych przypadkach ponad połowę całej zbiorowości osób z niepełnosprawnościami stanowią osoby starsze. Dane te dobitnie potwierdzają skalę niesprawności i potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w polskiej populacji, która dotyka przede wszystkim osób starszych, a tym samym również wpływa na wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne ukierunkowane na tę grupę osób.

### Potrzeby opiekuńcze

Wyniki badania *PolSenior* (realizowanego w latach 2007–2011) opartego na wywiadach społecznych i medycznych przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie osób powyżej 65. roku życia, a także rezultaty badania realizowanego w ramach *Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych – SHARE: 50+ w Europie* (ang. *Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe*, prowadzone od 2004 r.) wskazują **wysoki poziom ograniczeń funkcjonalnych polskich seniorów**, porównywalny do poziomu zaobserwowanego w krajach Europy Południowej (takich jak Włochy czy Hiszpania) oraz w krajach Europy Wschodniej. Ograniczenia funkcjonalne narastają wraz z wiekiem, przy czym **bardziej dotknięte są nimi kobiety niż mężczyźni**. Krytyczny moment dla znacznego uzależnienia wynosi 85 lat, a występowanie takiej zależności jest charakterystyczne **w szczególności dla obszarów wiejskich**. Ponad 20% przebadanych seniorów w wieku powyżej 85 lat jest całkowicie zależnych od opieki innych<sup>38</sup>.

Zgodnie z wynikami rundy 6. badania SHARE, przeprowadzonej w latach 2010–2011, przeciętnie 13% mężczyzn i ponad 16% kobiet w wieku 50+ w Polsce wskazywało na trudności z wykonywaniem przynajmniej jednej czynności prostej, zaś 19% mężczyzn i ponad 26% kobiet deklarowało problemy z czynnościami złożonymi<sup>39</sup>.

Łącznie 23% respondentów (ok. 20% mężczyzn i ponad 25% kobiet) zgłaszało ograniczenia, które przekładały się na przynajmniej jedną godzinę w miesiącu koniecznego wsparcia ze strony innych osób<sup>40</sup>. Wykres 2 przedstawia, jak zapotrzebowanie na taką opiekę rozkładało się w poszczególnych grupach wiekowych osób starszych.

<sup>35</sup> *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, s. 8. oraz *Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care*, Ponjoan A., Garre-Olmo J., Blanch J., Fages E., Alves-Cabrato L., Martí-Lluch R., Comas-Cufí M., Parramon D., Garcia-Gil M., Ramos R., *Clinic Epidemiology* 2019, nr 11, s. 217–228.

<sup>36</sup> *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, s. 6.

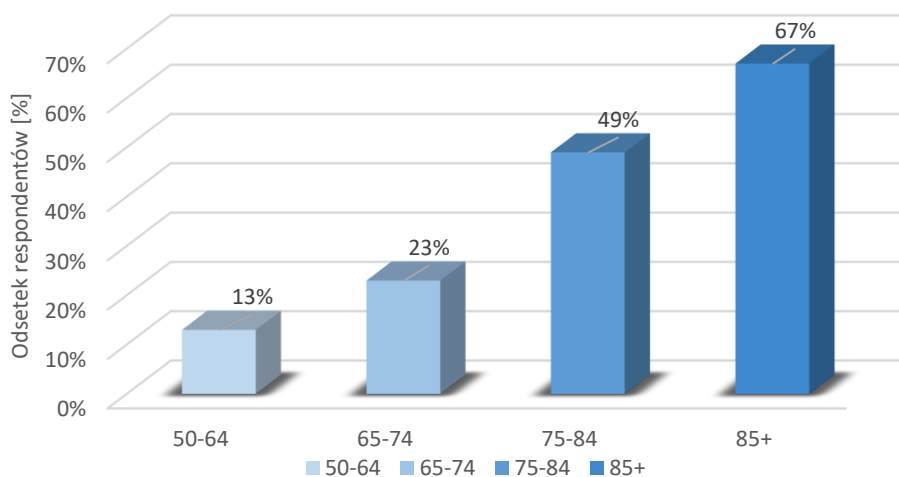
<sup>37</sup> *Osoby niepełnosprawne w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019 r., s. 2.

<sup>38</sup> Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., 2013, *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, terMedia, Poznań 2012.

<sup>39</sup> *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE)*, Warszawa 2014.

<sup>40</sup> j.w.

*Wykres 2. Odsetek respondentów rundy 6. badań SHARE zgłaszających ograniczenia, przekładające się na zapotrzebowanie na przynajmniej jedną godzinę opieki w miesiącu w zależności od wieku*



Źródło: Raport ewaluacyjny rundy 6. badania SHARE.

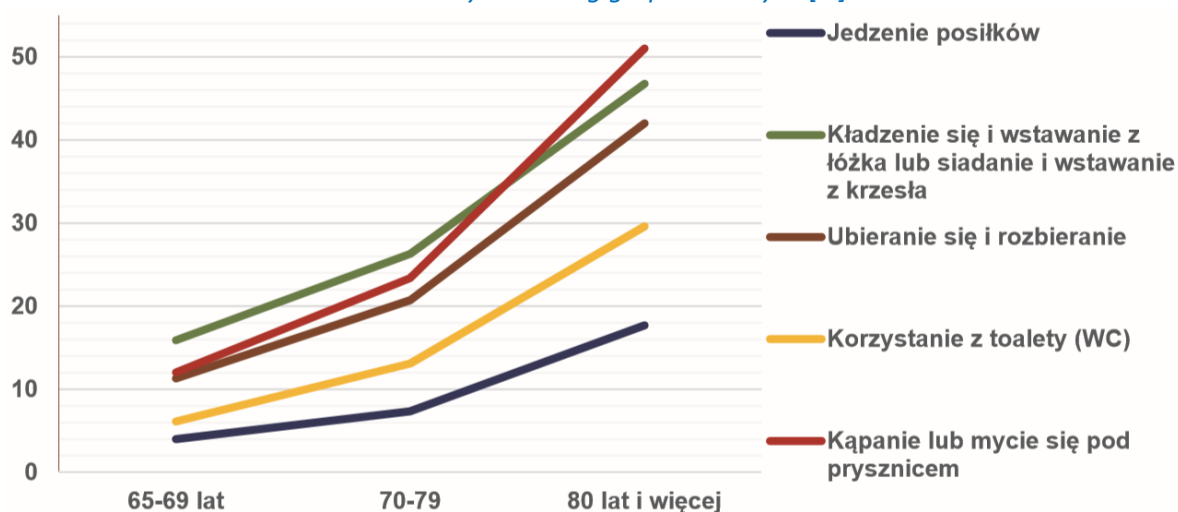
Przeciętnie co piąta osoba w wieku 85+ zgłaszała ograniczenia, których wyrównanie czy zaspokojenie wymagałoby ponad 100 godzin opieki miesięcznie. Ok. 45% osób wymagających opieki miało zaspokojone potrzeby w tym zakresie i 60% spośród osób wymagających opieki otrzymywało regularną pomoc. 72% osób z zaspokojonymi potrzebami otrzymywało opiekę przede wszystkim od rodziny lub znajomych, często będących członkami tego samego gospodarstwa domowego (27%)<sup>41</sup>.

Wyniki badania GUS potwierdziły powyższe dane – w 2014 r. ponad 1,6 mln osób w wieku 65 lat i więcej miało trudności związane z kładzeniem się i wstawaniem z łóżka lub siadaniem czy wstawaniem z krzesła. Także blisko 1,6 mln osób miało problem z samodzielnym umyciem się, a ponad 1,3 mln osób – z samodzielnym ubraniem czy rozebraniem się. Prawie 875 tys. osób starszych miało trudności przy korzystaniu z toalety, a blisko 520 tys. – nawet podczas spożywania posiłków. Wykres 3 prezentuje odsetek osób starszych wykazujących problemy z wykonaniem poszczególnych czynności codziennych<sup>42</sup>.

<sup>41</sup> j.w.

<sup>42</sup> Stan zdrowia ludności Polski 2014, s. 71.

Wykres 3. Częstość występowania trudności w samoobsłudze u osób starszych według grup wiekowych [%]



Źródło: Stan zdrowia ludności Polski 2014, GUS, Warszawa 2015, s. 71.

Jednocześnie ponad 55% osób wymagających opieki miało niezaspokojone potrzeby opiekuńcze. Niezaspokojenie potrzeb częściej (na poziomie ponad 60%) deklarowały osoby młodsze w tej grupie (50–64 lat), podczas gdy osoby starsze (85 lat i więcej) zgłaszały je dwukrotnie rzadziej (na poziomie ok. 30%). Osoby młodsze z niezaspokojonymi potrzebami częściej wymagają mniej intensywnej opieki, zaś zapotrzebowanie na intensywną opiekę rośnie wraz z wiekiem. Kobiety zarówno z najmłodszej, jak i najstarszej grupy wiekowej potrzebują krótszej codziennej opieki niż mężczyźni<sup>43</sup>.

Mimo, że osoby w wieku poniżej 75 lat mieszkające w mieście potrzebują opieki w mniejszym zakresie godzinowym niż mieszkańcy wsi w tym samym wieku, to odwrotną sytuację zaobserwowano w przypadku grupy wiekowej 75 lat i więcej. Odsetek osób wymagających miesięcznej opieki nieprzekraczającej 49 godzin jest niższy wśród mieszkańców miast w porównaniu do mieszkańców wsi, zaś odsetek osób z zapotrzebowaniem na opiekę w zakresie przekraczającym 100 godzin miesięcznie jest wyższy wśród mieszkańców miast w porównaniu do mieszkańców wsi<sup>44</sup>.

Opieka nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu była przedmiotem badania w ramach projektu *Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac*. W zależności od miejsca zamieszkania od 31% do 47% procent seniorów wymagało opieki codziennie, co najmniej kilka razy na dobę, przy czym przeciętnie około połowy tej grupy przez całą dobę. Osoby niewymagające opieki całodobowej przeciętnie potrzebowały od 3,5 do 4,5 godzin opieki dziennie. Od 10% do 20% seniorów wymagało opieki co najmniej raz w tygodniu, przeciętnie czas tej opieki wynosił od 4 do 6 godzin tygodniowo. Z deklaracji badanych przedstawicieli gospodarstw domowych, w których są seniorzy potrzebujący opieki wynika, że chociaż większość z nich chce się opiekować bliskimi, to gdyby mieli możliwość wyboru rozwiązania najbardziej odpowiadającego ich oczekiwaniom i potrzebom, znacznie zmniejszyliby czasowy udział w udzielanej opiece na rzecz opieki sprawowanej w placówce lub przez indywidualnych opiekunów spoza gospodarstwa domowego<sup>45</sup>.

<sup>43</sup> Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE).

<sup>44</sup> j.w.

<sup>45</sup> Projekt został zrealizowany w 2015 r. przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich z inicjatywy Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej; badania opieki nad osobami starszymi dotyczyły osób w wieku co najmniej 70 lat faktycznie niesamodzielnych, tj. posiadających obiektywne stwierdzone ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.



## Dostępne wsparcie zdrowotne

Osoby starsze w Polsce, co do zasady, mają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, jednak ze względu na zwiększający się wraz z wiekiem wskaźnik chorobowości osoby starsze stanowią grupę najczęściej korzystającą ze świadczeń opieki zdrowotnej.

Starość, a w zasadzie postępująca niesprawność i potrzeba wsparcia w codziennym funkcjonowaniu związane z procesem starzenia, w polskim prawodawstwie postrzegana jest raczej jako czynnik ryzyka socjalnego. Oznacza to, że dożycie podeszłego wieku może, ale nie musi prowadzić do pogorszenia sytuacji zdrowotnej, społecznej i materialnej. Osoby starsze stają się podmiotem zainteresowania instytucji publicznych lub organizacji szczególnie wówczas, gdy pogarszający się stan zdrowia oraz ograniczenie lub utrata sprawności i samodzielności, a więc kwestie powiązane z procesem starzenia, prowadzą do obniżenia jakości ich życia, w tym życia związanego ze zdrowiem. To właśnie troska o jakość życia seniorów oraz ich otoczenia jest w dokumentach strategicznych punktem wyjścia do planowania wszelkich działań na rzecz tej grupy społecznej, w tym również rozwiązań skierowanych do tych osób w ramach systemu ochrony zdrowia<sup>46</sup>.

W ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom starszym w Polsce przysługuje wsparcie medyczne, zarówno w trybie stacjonarnym, jak i dziennym oraz domowym (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka szpitalna, opieka długoterminowa, opieka paliatywno-hospicyjna).

Należy podkreślić, iż mimo ustawowo przysługującego wszystkim świadczeniobiorcom równego dostępu do świadczeń gwarantowanych, istnieje duże zróżnicowanie w dostępie do tych usług w zależności od miejsca zamieszkania.

Rodzajami świadczeń gwarantowanych dedykowanymi w szczególności osobom starszym są:

- **świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej** dostępne w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- **świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej** dostępne w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych lub domowych.

Ponadto osobom starszym dedykowane były również usługi opieki dziennej udzielane w ramach **Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM)**, które powstały w ramach projektów współfinansowanych ze środków UE.

Możliwość objęcia danym rodzajem świadczeń opieki zdrowotnej zależy od indywidualnego stanu zdrowia i zaleceń medycznych oraz możliwości opiekuńczo-bytowych pacjenta.

## Opieka długoterminowa

### Świadczenia

Opiekę długoterminową definiuje się jako zakres usług udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania, na skutek czego osoby te przez dłuższy czas stają się zależne od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego. Opiekę tę można traktować jako całościowy zakres działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgnarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Opieka ta

---

<sup>46</sup> *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań.* Poznań 2017, s. 14.

może być udzielana przez opiekunów formalnych (personel medyczny i pracowników pomocy społecznej) lub opiekunów nieformalnych (rodzinę, bliskich, wolontariuszy)<sup>47</sup>.

W Polsce pod pojęciem opieki długoterminowej zwykle się rozumieć korzystanie z systemu opieki zdrowotnej (co odzwierciedla również formalne nazewnictwo systemu świadczeń gwarantowanych, gdyż jedynie świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w systemie ochrony zdrowia są udzielane jako świadczenia opieki długoterminowej, natomiast świadczenia opiekuńcze udzielane w ramach systemu pomocy społecznej przyjmują formalnie inną nazwę, stosownie do ich rodzaju i zakresu).

Opieka długoterminowa w ramach systemu ochrony zdrowia dedykowana jest osobom przewlekle chorym, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece i samopielęgnacji, uniemożliwiając niezależne, samodzielne funkcjonowanie<sup>48</sup>.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są udzielane w warunkach:

- **stacjonarnych** – w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO);
- **domowych** – przez pielęgniarki opieki długoterminowej i zespół długoterminowej opieki domowej<sup>49</sup>.

#### Świadczeniodawcy

Pomimo wzrostu liczby ZOL/ZPO na przestrzeni ostatnich lat, ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a co za tym idzie również wzrastający popyt na świadczenia opieki długoterminowej, średnia długość oczekiwania na objęcie długoterminową stacjonarną jest kilkukrotnie wyższa niż w przypadku opieki domowej. W lutym 2020 r. na miejsce w ZOL dla dorosłych oczekiwało ponad 8,6 tys. pacjentów, a w ZPO dla dorosłych – 3 tys. pacjentów, natomiast średni czas oczekiwania w zależności od kategorii medycznej wynosił średnio dla ZOL od 152 dni (przypadek pilny) do 294 dni (przypadek stabilny), a dla ZPO od 144 dni (przypadek stabilny) do 172 dni (przypadek pilny). Z kolei do pielęgniarstwa domowego w kolejce oczekiwało ponad 5,3 tys. pacjentów, ze średnim czasem oczekiwania od 85 dni (przypadek stabilny) do 107 dni (przypadek pilny). W przypadku pozostałych form opieki długoterminowej (zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie oraz zakładów opiekuńczych dla dzieci) długość oczekiwania na objęcie opieką była zdecydowanie krótsza i wynosiła od 0 do 11 dni. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia tabela 6.

*Tabela 6. Średni czas oczekiwania na objęcie opieką długoterminową w 2020 r. w zależności od trybu udzielania świadczeń*

Rodzaj świadczenia	Kategoria medyczna – przypadek	Liczba oczekujących		Przeciętny czas oczekiwania		Liczba świadczeniodawców	
		01/2020	02/2020	01/2020	02/2020	01/2020	02/2020
<b>Opieka stacjonarna</b>							
	pilny	722	945	94,9	152,1	54	81

<sup>47</sup> Na podstawie m.in. definicji WHO i OECD; *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012, [http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod\\_strategia.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf).

<sup>48</sup> Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki długoterminowej zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.).

<sup>49</sup> Zgodnie z § 4 ust. 1 i § 6 ww. rozporządzenia.



<b>Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dorosłych</b>	stabilny	3962	7729	141,0	293,5	123	203
<b>Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci</b>	pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	stabilny	5	6	11,2	7,5	2	2
<b>Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dorosłych</b>	pilny	158	329	56,6	172,3	20	29
	stabilny	1742	2686	114	143,8	48	75
<b>Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci</b>	pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	stabilny	0	0	0,0	0,0	0	0
<b>Opieka domowa</b>							
<b>Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa</b>	pilny	697	1339	92,9	106,5	84	160
	stabilny	2205	4005	87,8	84,5	244	427
<b>Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych</b>	pilny	0	1	0,0	0,0	0	1
	stabilny	29	44	4,3	4,0	7	12
<b>Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci</b>	pilny	0	0	0,0	0,0	0	0
	stabilny	11	9	5,8	7,0	5	7

### Świadczeniobiorcy

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej są adresowane zarówno do osób dorosłych, jak i do dzieci, jednak w przeważającej części pacjenci objęci taką opieką to osoby starsze, najczęściej z chorobami przewlekłymi, wymagające stałej opieki i pomocy.

W 2018 r. ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanych ze środków publicznych skorzystało łącznie 110 tys. pacjentów, w tym jedynie 1,2 tys. stanowiły osoby poniżej 18. roku życia, natomiast aż 93 tys. to pacjenci w wieku 65 lat i więcej<sup>50</sup>. Niemniej jednak odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową jest w Polsce najniższy wśród państw OECD i wynosi 1,4 % (OECD 25 – 10,8%)<sup>51</sup>.

Świadczenia opieki długoterminowej udzielone w warunkach domowych w skali całej Polski w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. niemal 69 tys. pacjentom, w tym w większości osobom starszym. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń wyniosła 179 na 100 tys. ludności.

W 2019 r. podobnie jak w przypadku opieki stacjonarnej, opieką domową również w większości są objęte osoby w wieku powyżej 80 lat, które stanowiły łącznie 55% pacjentów, grupa wiekowa 65-79 lat stanowiła 28% pacjentów, 12% stanowiła grupa wiekowa 40-64 lat, natomiast poniżej 40 lat świadczenia są udzielane 5% pacjentów. Ponad 2/3 ogółu pacjentów (67%) stanowiły kobiety, a 66% mieszkańcy miast.

Wśród ogółu pacjentów 41% osób miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% – umiarkowany bądź lekki.

### Finansowanie

Nakłady na opiekę długoterminową w Polsce jako udział w PKB również należą do najniższych wśród państw OECD i wyniosły w 2017 r. 0,4% PKB (OECD 17 – 1,7%). Liczba pracowników opieki

<sup>50</sup> Mapa Potrzeb Zdrowotnych 2020.

<sup>51</sup> Według raportu OECD *Health at a Glance 2019* udział pacjentów opieki długoterminowej w Polsce wśród pacjentów powyżej 65 roku życia wyniósł 0,9%, jednak w raporcie tym nie uwzględniono opieki domowej. Kryteria jakie wzięto pod uwagę w raporcie można znaleźć pod adresem: <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>.

długoterminowej na 100 osób w wieku 65+ jest także jedną z najniższych wśród krajów OECD – w 2017 r. wyniosła 0,5 (OECD 28 – 4,9).

Według planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyniosły w 2018 r. 1,64 mld zł, a w 2019 r. 1,86 mld zł, co stanowi ok. 2% kosztów przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem. Zgodnie z planami finansowymi na 2020 r. NFZ w 2020 r. miało w założeniu przeznaczyć na opiekę długoterminową łącznie 1,87 mld zł (o 14% więcej w porównaniu do 2018 r.).

Tabela 7 przedstawia charakterystykę świadczeń udzielonych w ramach opieki długoterminowej w 2019 r. pod względem liczby, krotności i wartości rozliczonych świadczeń.

*Tabela 7. Liczba, krotność i wartość świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielonych w ramach opieki długoterminowej w 2019 r.*

Rok realizacji	Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych	Liczba rozliczonych świadczeń	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]
2019	Świadczenia w ZOL/ZPO	96 035	7 885 981	798 501 219
	Świadczenia w ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży	1 447	156 231	25 798 167
	Świadczenia w ZOL/ZPO dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	2 706	145 628	60 685 879
	Świadczenia w ZOL/ZPO dla dzieci wentylowanych mechanicznie	178	10 704	5 654 172
	<b>Świadczenia w ZOL/ZPO (RAZEM)</b>	<b>100 355</b>	<b>8 198 544</b>	<b>890 639 437</b>
	Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	55 156	1 584 842	218 385 465
	Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej - dla dzieci wentylowanych mechanicznie	7 007	189 411	30 777 578
	<b>Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej (RAZEM)</b>	<b>62 163</b>	<b>1 774 253</b>	<b>249 163 043</b>
	Świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej	552 170	15 132 038	394 595 788
	<b>RAZEM</b>	<b>714 688</b>	<b>25 104 835</b>	<b>1 534 398 268</b>

Źródło: Dane NFZ.

## Opieka stacjonarna

### Świadczenia

Obejmuje ona całodobowe świadczenie zdrowotne udzielane w ZOL i ZPO, w tym leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów, których celem jest rekonwalescencja i poprawa zdrowia pacjenta.

- Świadczenia te obejmują również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych<sup>52</sup>.

Zadaniem ZOL i ZPO jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych, a także osób, które przebywały w szpitalu i u których ukończono proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego.

Świadczenia gwarantowane realizowane w ZOL i ZPO obejmują:

- świadczenia udzielane przez lekarza;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- świadczenia psychologa;
- terapię zajęciową;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie dietetyczne;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w tych placówkach są również udzielane m.in. przez fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, psychologów, terapeutów (w tym terapeutów zajęciowych), oraz logopedów.

Dodatkowo, w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie leki i badania diagnostyczne.

Świadczenia gwarantowane udzielane w ZOL i ZPO mogą być realizowane na rzecz świadczeniobiorców wymagających żywienia dojelitowego lub pozajelitowego bądź wentylacji mechanicznej przy pomocy respiratora.

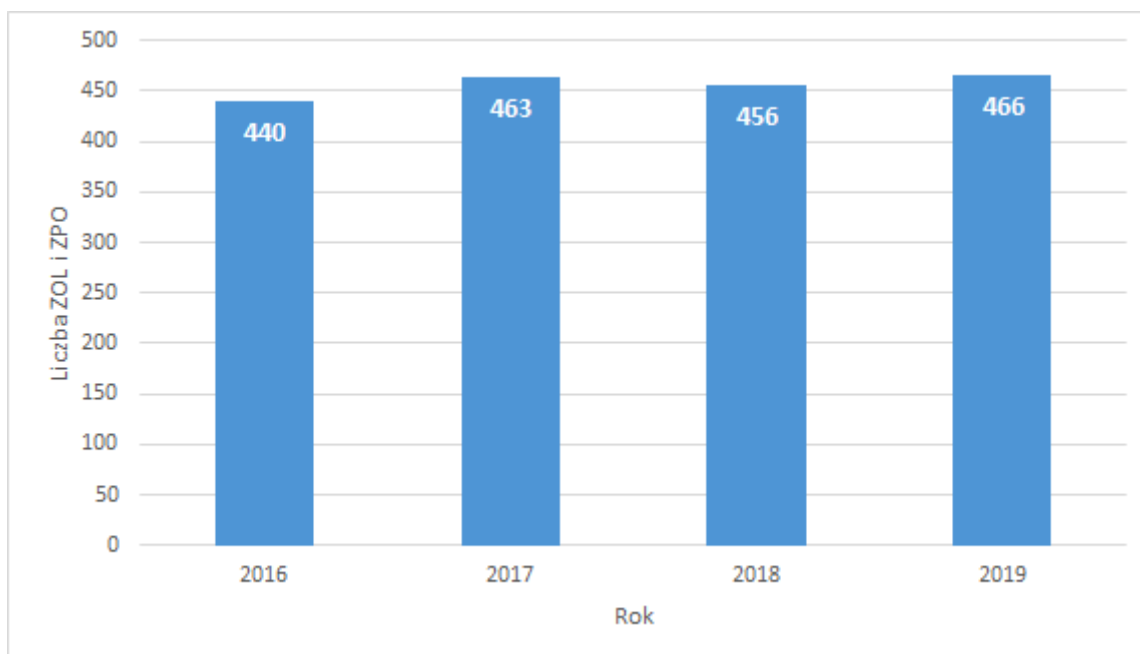
### Świadczeniodawcy

W 2019 r. na terenie Polski funkcjonowało łącznie 466 podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ZOL/ZPO o profilu ogólnym w ramach opieki długoterminowej oraz 82 oddziały w ZOL/ZPO o profilu psychiatrycznym w ramach opieki psychiatrycznej. Łączną liczbę ZOL/ZPO o profilu ogólnym w latach 2016–2019 przedstawia wykres 4.

---

<sup>52</sup> Mitek A., *Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. *Finanse Rynki finansowe, Ubezpieczenia*, nr 67, Szczecin 2014, s. 992.

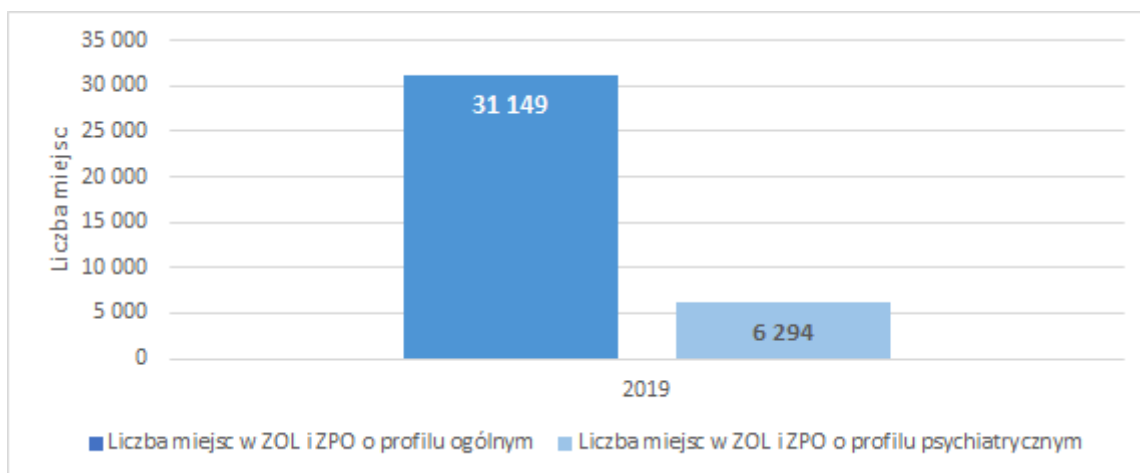
Wykres 4. Liczba podmiotów opieki długoterminowej stacjonarnej (ZOL/ZPO) w latach 2016–2019



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Liczba miejsc, którymi dysponowały ZOL i ZPO w dniu 31 grudnia 2019 r. przedstawia wykres 5.

Wykres 5. Liczba miejsc stacjonarnych w ZOL/ZPO (w dniu 31 grudnia 2019 r.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

### Świadczeniobiorcy

Osoby starsze, ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, a także brak lub znaczne ograniczenie samodzielności w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji oraz rehabilitację, wymagają całodobowej opieki.

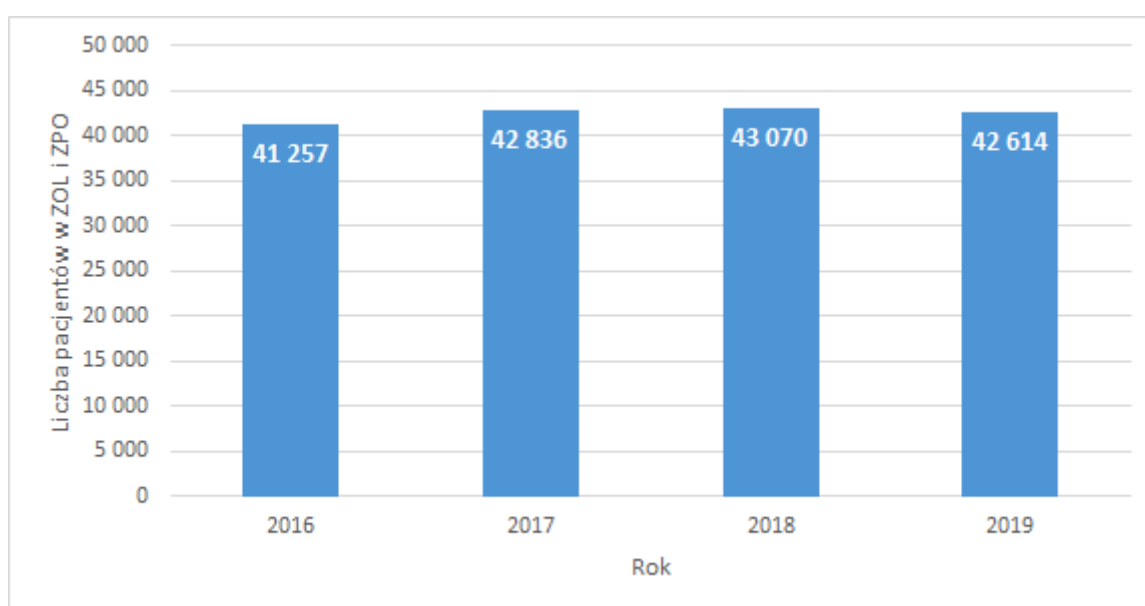
Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, 40 punktów lub mniej.

Wspomaganie oddychania (wentylacja mechaniczna) w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii, ale potrzebują ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora.

Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe w ZOL i ZPO dotyczy pacjentów, którzy z powodu braku możliwości podawania drogą naturalną diety kuchennej, wymagają długotrwałego (przewidywanego dłużej niż 30 dni) podawania substancji odżywczych w sposób inny niż doustnie.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ZOL i ZPO w skali całej Polski w 2019 r. zostały udzielone łącznie ponad 43 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń wyniosła 111 na 100 tys. ludności. Liczba pacjentów objętych opieką długoterminową w ZOL/ZPO w latach 2016-2019 przedstawia wykres 6.

*Wykres 6. Liczba pacjentów opieki długoterminowej objętych opieką w warunkach stacjonarnym (w ZOL/ZPO) w latach 2016–2019*



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2019 r. przypadku opieki stacjonarnej osoby w wieku 80 lat i więcej stanowiły 59% pacjentów, grupa wiekowa 65-79 lat stanowiła 28% pacjentów, 11% stanowiła grupa wiekowa 40-64 lat, natomiast poniżej 40 lat świadczenia były udzielane 2% pacjentów. Ponad  $\frac{2}{3}$  ogółu pacjentów (68%) stanowiły kobiety, podobna przewaga (65%) dotyczyła mieszkańców miast. Wśród ogółu pacjentów 34% osób miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 6% – umiarkowany bądź lekki.

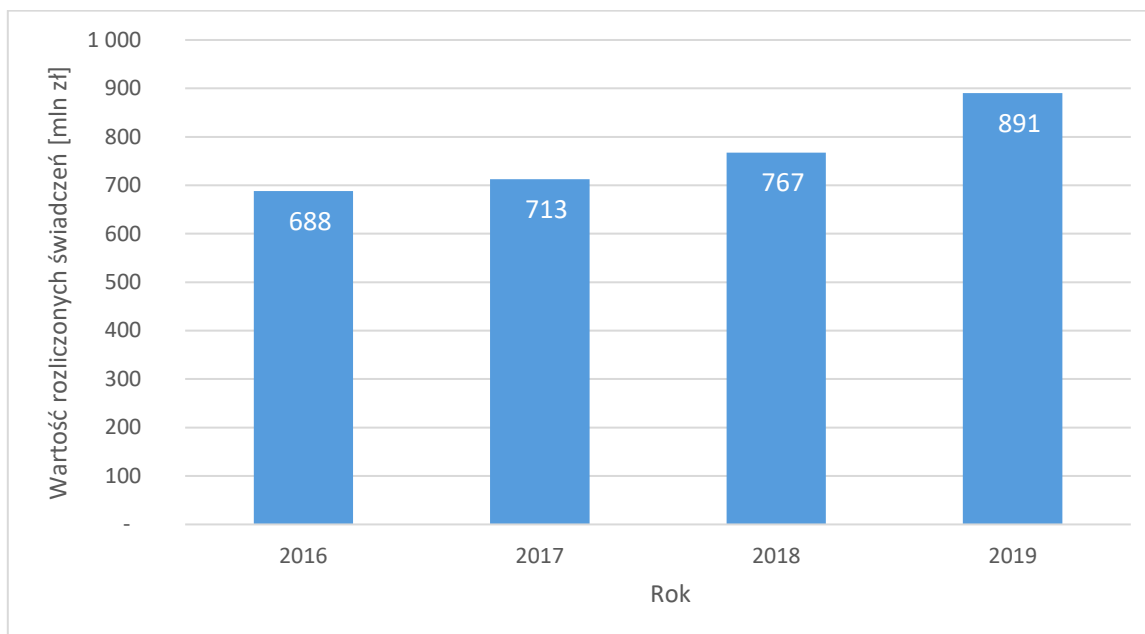
Najczęstszym rozpoznaniem z jakim pacjenci trafiali do opieki stacjonarnej w 2019 r. był przebyty udar (23% wszystkich pacjentów), a także choroba tętnic obwodowych, choroba Alzheimera i inne choroby otępienne oraz inne choroby sercowo naczyniowe i układu krążenia. Średnio ok. 30% pacjentów między 40. a 79. rokiem życia trafia do opieki stacjonarnej po przebyłym udarze. Po 80. roku życia obok udaru (18%) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej są również choroby tętnic obwodowych (19%).

#### *Finansowanie*

Opieka długoterminowa finansowana jest ze środków publicznych pozostających w dyspozycji NFZ (w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej) i prywatnych (w zakresie pobytu pacjenta, tj. zakwaterowanie i wyżywienie).

Łączny koszt refundacji świadczeń opieki długoterminowej w ZOL/ZPO w 2019 r. wyniósł ponad 890 mln zł. Koszt refundacji tych świadczeń w latach 2015–2018 przedstawia wykres 7.

*Wykres 7. Wartość rozliczonych świadczeń opieki długoterminowej udzielonych w ZOL/ZPO w latach 2016–2019 [mln zł]*



Źródło: Dane NFZ.

Tabela 8 przedstawia charakterystykę świadczeń udzielonych w poszczególnych rodzajach ZOL/ZPO w 2019 r. pod względem liczby, krotności i wartości rozliczonych świadczeń.

*Tabela 8. Liczba, krotność i wartość świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielonych w ZOL/ZPO w 2019 r.*

Rok realizacji	Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w ZOL/ZPO	Liczba rozliczonych świadczeń	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]
<b>2019</b>	Świadczenia w ZOL/ZPO	96 035	7 885 981	798 501 219
	Świadczenia w ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży	1 447	156 231	25 798 167
	Świadczenia w ZOL/ZPO dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	2 706	145 628	60 685 879
	Świadczenia w ZOL/ZPO dla dzieci wentylowanych mechanicznie	178	10 704	5 654 172
	<b>RAZEM</b>	<b>100 355</b>	<b>8 198 544</b>	<b>890 639 437</b>

Źródło: Dane NFZ.

## Opieka domowa

### a. Zespół długoterminowej opieki domowej

#### *Świadczenia*

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, składający się z lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty.

W ramach wspomaganego oddychania (wentylacja mechaniczna) w warunkach domowych prowadzona jest terapia inwazyjna (za pomocą respiratora – przez rurkę tracheotomijną), bądź terapia nieinwazyjna (za pomocą ustników, masek i kasków).

Do obowiązków zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, należy wyposażenie świadczeniobiorców w niezbędny sprzęt (m.in. respirator, ssak itp.) oraz stworzenie chorym i ich opiekunom poczucia bezpieczeństwa poprzez zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 24h na dobę we wszystkie dni w tygodniu.

W sytuacjach wymagających nagłej konsultacji, lekarz i pielęgniarka dostępni są pod telefonem. Chory pozostaje pod obserwacją, ma zapewnione badania diagnostyczne konieczne do właściwej realizacji terapii w domu. Świadczenia te są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się: kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wyniki badań pacjenta oraz kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych.

#### *Świadczeniobiorcy*

Świadczenia te są udzielane pacjentom z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającym stosowania inwazyjnej bądź nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, a niewymagającym hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, jednak wymagającym stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy jednocześnie mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

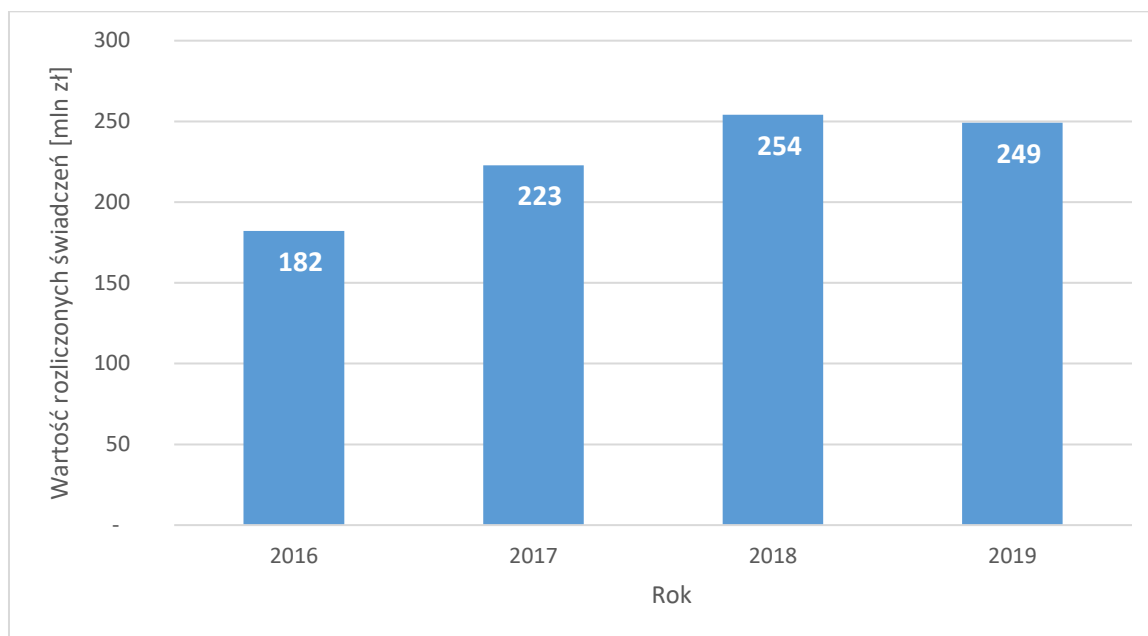
Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej w skali całej Polski w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. 7,7 tys. pacjentom, w tym w większości osobom starszym.

Wśród osób w grupie wiekowej 18-39 lat najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej ogółem były inne choroby układu nerwowego (40%), natomiast w grupie wiekowej 40-64 lata – inne przewlekłe choroby układu oddechowego (20%). Wśród kobiet najczęstszą przyczyną objęcia opieką domową są choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (17%) oraz udar (14%), natomiast wśród mężczyzn – udar (16%), inne przewlekłe choroby układu nerwowego (12%), inne choroby układu nerwowego (11%) oraz choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (11%).

#### *Finansowanie*

Łączny koszt refundacji świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej w 2019 r. wyniósł prawie 250 mln zł, w tym ponad 218 mln dla dorosłych pacjentów.

Wykres 8. Wartość rozliczonych świadczeń opieki długoterminowej udzielonych przez zespoły długoterminowej opieki domowej w latach 2016–2019 [mln zł]



Źródło: Dane NFZ.

#### b. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

##### Świadczenia

Świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej nad osobami obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, obejmujące:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji (m.in. nauka radzenia sobie z niesprawnością);
- świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- edukację zdrowotną;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu.

Wizyty pielęgniarskie realizowane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00, a w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach. Po godzinie 20:00 do godz. 8:00 rano dnia następnego, świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

##### Świadczeniobiorcy

Świadczeniami tymi mogą być objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebują systematycznej i systematycznej opieki pielęgniarskiej w warunkach domowych, a jednocześnie mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i rodzinę/opiekunów prawnych przeszkolonych w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej oraz udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.



Do opieki tej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy:

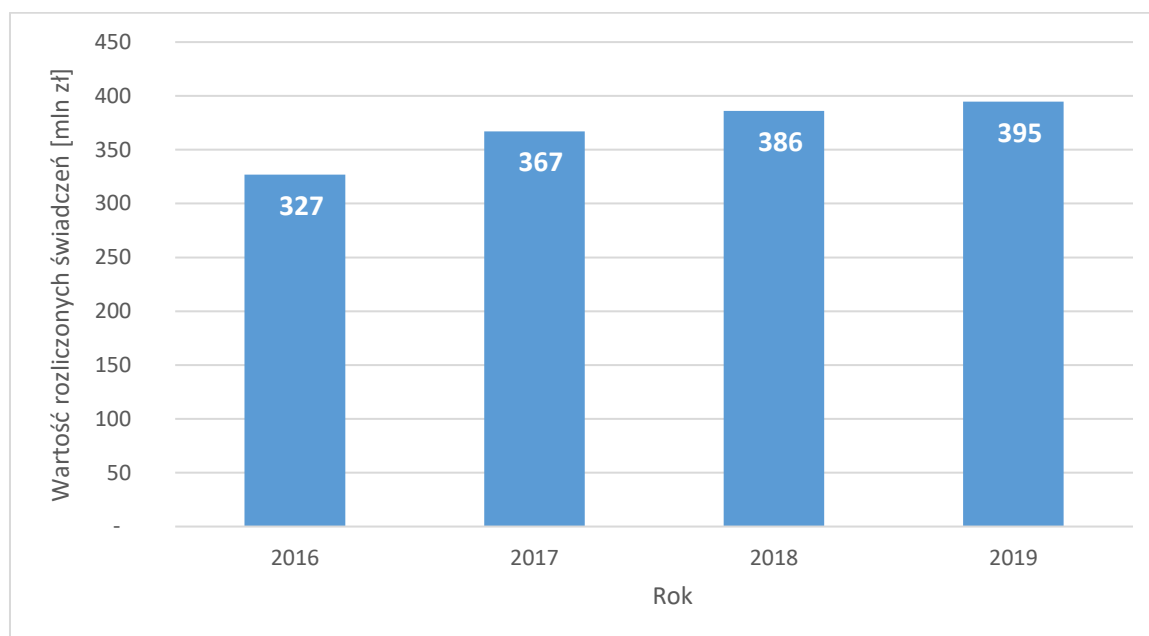
- w ocenie skalą Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej;
- nie korzystają w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego);
- nie są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia pielęgniarstwa długoterminowego domowego w skali całej Polski w 2019 r. zostały udzielone łącznie ok. 62 tys. pacjentów (ok. 517 osobom na 100 tys. mieszkańców).

#### Finansowanie

Łączny koszt refundacji tych świadczeń w 2019 r. wyniósł niemal 400 mln zł. W ostatnich latach w skali całego kraju obserwuje się tendencję wzrostową wydatków publicznych na świadczenia pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

Wykres 9. Wartość rozliczonych świadczeń pielęgniarstwa długoterminowego domowego w latach 2016–2019 [mln zł]



Źródło: Dane NFZ.

## Opieka paliatywna i hospicyjna

### Świadczenia

Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> Zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, z późn. zm.).

Świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach:

- **stacjonarnych** – w **hospicjach domowym i oddziałach medycyny paliatywnej**;
- **ambulatoryjnych** – w poradni medycyny paliatywnej;
- **domowych** – w ramach **hospicjum domowego** przez zespół medycyny paliatywnej;
- **perinatalnej opieki paliatywnej**<sup>54</sup>.

#### Świadczeniodawcy

W 2019 r. łącznie 663 ośrodki udzielały świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym (część podmiotów realizowała jednocześnie kilka form opieki):

- 191 w warunkach stacjonarnych,
- 155 w warunkach ambulatoryjnych,
- 559 w warunkach domowych.

Od 2016 r. zaobserwowano wzrost liczby podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej o 15% (o 87 podmiotów), w tym w szczególności w ramach opieki domowej.

W 2019 r. w Polsce na 100 tys. ludności przypadały średnio ok. 2 ośrodki udzielające opieki paliatywnej i hospicyjnej (1,73).

W lutym 2020 r. liczba oczekujących na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła 2,5 tys. osób, w tym 63% osób oczekiwało na świadczenia opieki domowej, 24% – opieki stacjonarnej i 12% – opieki ambulatoryjnej. W lutym 2020 r. najwięcej pacjentów oczekiwało na świadczenia w hospicjach domowych i zespołach domowej opieki paliatywnej (ponad 1,6 tys. osób). Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia tabela 9.

*Tabela 9. Średni czas oczekiwania na objęcie opieką paliatywną i hospicyjną w 2020 r. w zależności od trybu udzielania świadczeń*

Rodzaj świadczenia	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania
<b>Opieka stacjonarna</b>				
Oddział medycyny paliatywnej	36	12,9	152	12,9
Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	102	43,0	334	45
<b>Opieka domowa</b>				
Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	184	24,5	1 431	20,8
Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	-	-	9	7,3

<sup>54</sup> Zgodnie z § 4 ww. rozporządzenia.

Opieka ambulatoryjna					
Poradnia medycyny paliatywnej		5	8,4	308	3,1

Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020

### Świadczeniobiorcy

W Polsce w 2019 r. 96,4 tys. pacjentów skorzystało ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z nieznaczną przewagą kobiet (50,6%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby w wieku 65 lat lub więcej (73%), w tym osoby w wieku 65–79 stanowiły 44%, a osoby w wieku 80 lat i więcej – 29%. Tabela 10 prezentuje strukturę wiekową pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w zależności od trybu jej udzielania.

Tabela 10. Struktura wiekowa pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. w zależności od trybu jej udzielania

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów			
	Ogółem [tys.]	Opieka stacjonarna [tys.]	Opieka ambulatoryjna [tys.]	Opieka domowa [tys.]
<18	1,9	0,2	0,0	1,8
18-39	1,8	0,4	0,2	1,4
40-64	22,5	8,5	4,5	14,0
65-79	42,6	15,8	6,9	27,9
80+	27,7	11,6	2,9	17,4

Struktura pacjentów pod względem miejsca zamieszkania także była zróżnicowana – jedynie co trzeci pacjent (32,2%) pochodził z obszarów wiejskich, natomiast pozostali zamieszkiwali obszary miejskie. Największe różnice zaobserwowano w odniesieniu do świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, w tym przypadku osoby zamieszkujące tereny wiejskie stanowiły jedynie 25,0% wszystkich pacjentów. Ograniczony dostęp do świadczeń na obszarach wiejskich wynika m.in. z nierównomiernego pod tym względem rozmieszczenia ośrodków udzielających opieki paliatywnej i hospicyjnej – tylko niecałe 9% pacjentów skorzystało ze świadczeń w podmiotach działających na wsi.

Najczęstszym rozpoznaniem, z jakim pacjenci trafiali do opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2019 r. były nowotwory złośliwe (88,7%). Najpowszechniej występującymi nowotworami dla ogółu pacjentów były nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (16,6%) oraz nowotwory złośliwe jelita grubego i odbytnicy (10,9%). Z analogicznymi rozpoznaniem pojawiali się również mężczyźni (odpowiednio 20,6% oraz 11,9%). Wśród kobiet dominującym rozpoznaniem był nowotwór złośliwy sutka (15,2%), nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (12,8%) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (10,0%). W przypadku dzieci najliczniejszymi jednostkami chorobowymi były inne choroby układu nerwowego (36,9%) oraz wady wrodzone płodu (36,2%).

### Finansowanie

Koszt refundacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (w ramach zakresów: porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci i dorosłych, perinatalna opieka paliatywna oraz świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym)

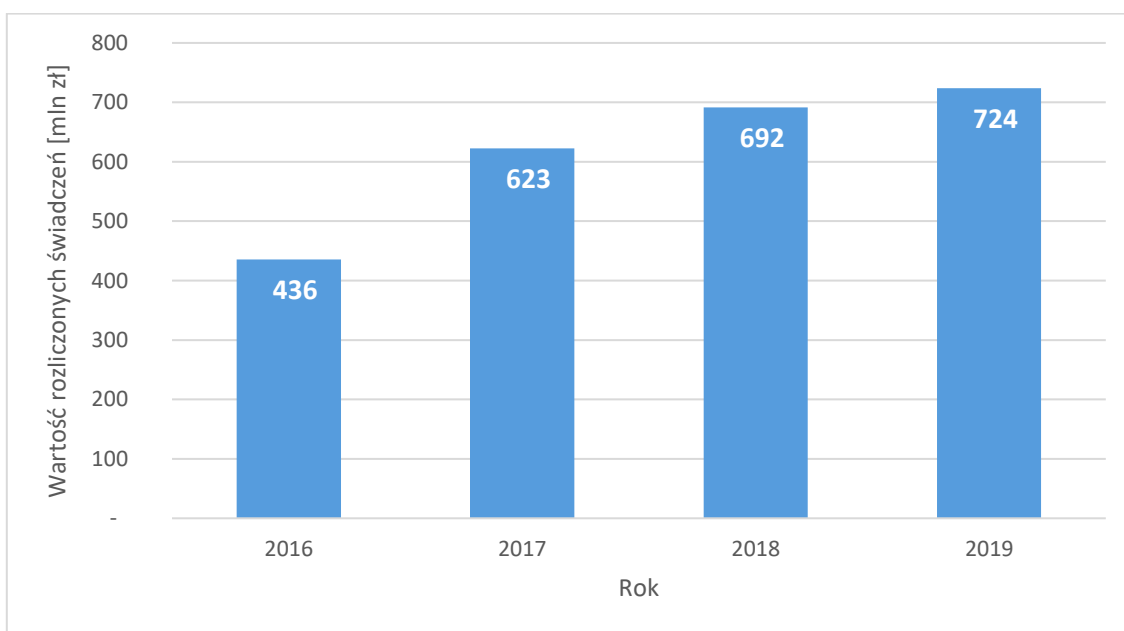
wyniósł w 2019 r. prawie 724 mln zł. W porównaniu do 2016 r. zaobserwowano wzrost kosztów refundacji świadczeń o ponad 288 mln zł (czyli o 66%).

*Tabela 11. Liczba, krotność i wartość refundacji świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w 2019 r.*

Rok realizacji	Zakres świadczeń paliatywnych i hospicyjnych	Liczba rozliczonych świadczeń	Krotność rozliczonych świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń [zł]
<b>2019</b>	Świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym	62 633	1 082 376	374 925 363
	Porada w poradni medycyny paliatywnej	307 220	63 727	3 468 110
	Świadczenia w hospicjum domowym	19 896	5 584 891	299 725 177
	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	304	522 648	45 439 381
	Perinatalna opieka paliatywna	45 723	304	440 280
	<b>RAZEM</b>	<b>435 776</b>	<b>7 253 946</b>	<b>723 998 312</b>

Źródło: Dane NFZ.

*Wykres 10. Wartość rozliczonych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej ogółem w latach 2016–2019 [mln zł]*



Źródło: Dane NFZ.

## Opieka stacjonarna

### Świadczenia

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych są udzielane:

- w hospicjach stacjonarnych,
- na oddziałach medycyny paliatywnej.

Świadczenia w warunkach stacjonarnych udzielane są przy zachowaniu całodobowego dostępu do lekarza i pielęgniarki przez 7 dni w tygodniu.

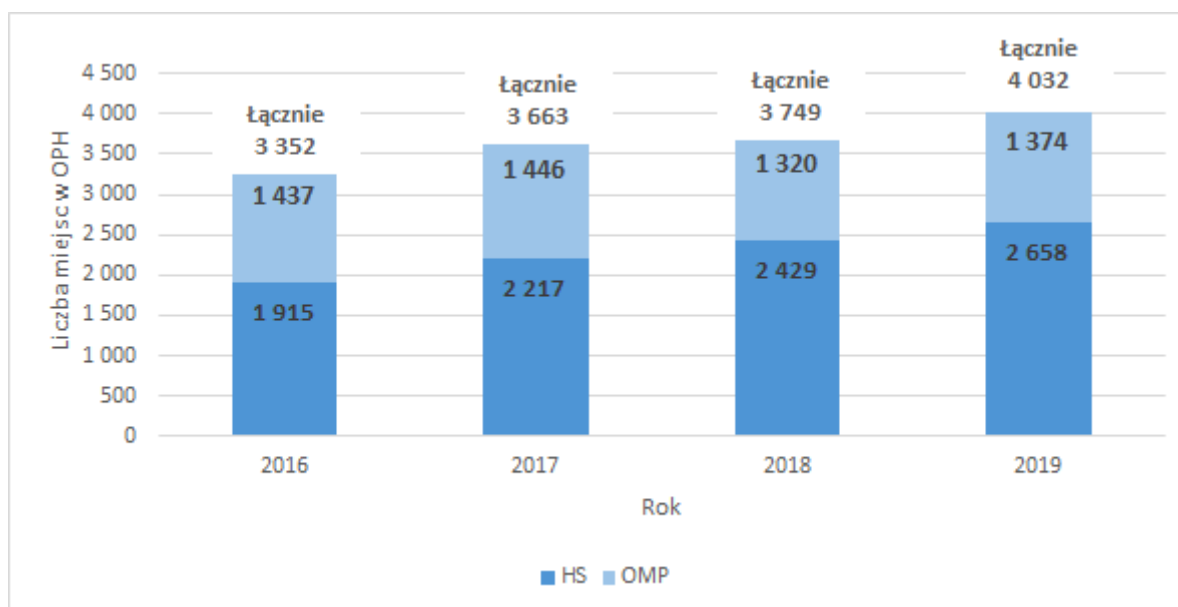
Świadczenia gwarantowane realizowane w hospicjum stacjonarnym obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
- leczenie innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom;
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia opiekuńcze w tych placówkach są również udzielane przez fizjoterapeutów, psychologów i opiekunów medycznych.

Świadczenia hospicjum stacjonarnego obejmują również opiekę wyręczającą, która polega na przyjęciu do hospicjum lub do oddziału medycyny paliatywnej pacjenta na okres nie dłuższy niż 10 dni. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki i wyroby medyczne.

*Wykres 11. Liczba miejsc w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach medycyny paliatywnej w latach 2016–2019*



Stan na dzień 31 grudnia każdego roku; HS – hospicjum stacjonarne, OMP – oddział medycyny paliatywnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z RPWDL.

## Świadczeniobiorcy

Świadczenia te przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, z późn. zm.).

Opieka hospicjum stacjonarnego sprawowana jest w szczególności w chorobach, które nie roszą nadziei na wyleczenie. Do hospicjum kierowani są pacjenci na podstawie wskazań medycznych (szczególnie z chorobami nowotworowymi), w schyłkowym okresie życia.

Na koniec 2019 r. oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dysponowały 4,03 tys. łóżek (średnio 105,05 łóżek na 1 mln ludności).

W 2019 r. łącznie ok. 36,5 tys. pacjentów było leczonych na oddziałach medycyny paliatywnej lub w hospicjach stacjonarnych.

Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z nieznaczną przewagą kobiet (50,3%). W przeważającej większości ze świadczeń opieki zdrowotnej korzystały osoby w wieku 65 lat lub więcej (75%), w tym osoby w wieku 65–79 stanowiły 43%, a osoby w wieku 80 lat i więcej – 32%.

## Opieka ambulatoryjna

### Świadczenia

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują porady i konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarские oraz porady psychologiczne – udzielane w poradni medycyny paliatywnej lub w domu chorego, a także wsparcie rodziny chorego.

Porady udzielane w poradni lub w domu pacjenta obejmują: badanie pacjenta, ordynację leków (w tym leków przeciwbólowych), zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych, zlecenie i wykonywanie zabiegów leczniczych, zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultacje, kierowanie do szpitala, wydawanie orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta, niezbędnych w procesie leczenia. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne.

W ramach poradni są udzielane porady oraz realizowane wizyty domowe nie częściej niż dwa razy w tygodniu.

### Świadczeniodawcy

W 2019 r. na terenie Polski funkcjonowało łącznie 155 poradni medycyny paliatywnej udzielających świadczeń gwarantowanych. Poradnie znajdowały się głównie w dużych miastach i ich okolicach. Średnio w Polsce liczba poradni na 100 tys. ludności wyniosła 0,4.

### Świadczeniobiorcy

Świadczenia te przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w poradni medycyny paliatywnej są przeznaczone dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe i którzy potrzebują leczenia przeciwbólowego oraz wsparcia. Pod opieką poradni medycyny paliatywnej znajdują się osoby, które są stabilne, mają możliwość udania się do poradni sami lub – ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się – wymagają porad lub wizyt w domu.

W 2019 r. ze świadczeń paliatywnych i hospicyjnych w warunkach ambulatoryjnych skorzystało łącznie 14,6 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona z nieznaczną przewagą kobiet (52,6%). Wśród pacjentów poradni medycyny paliatywnej 31% stanowiły osoby w wieku 40–64 i 47% osoby w wieku 65–79. Osoby najstarsze (w wieku powyżej 80 lat i więcej) stanowiły 20% pacjentów.

## Opieka domowa

### *Świadczenia*

Hospicjum domowe zajmuje się opieką nad chorymi w terminalnej fazie choroby, przebywającymi w środowisku, które jest im znane i gdzie czują się najlepiej, czyli np. we własnych domach. Personel hospicjum otacza opieką rodzinę chorego w trudnym okresie choroby. Najważniejszym założeniem hospicjum domowego jest ścisła współpraca personelu z rodziną.

Świadczenia w hospicjum domowym (wizyty domowe) realizowane są we współpracy z lekarzem i pielęgniarzką podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te obejmują bezpłatne: porady i konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarstwa, leczenie farmakologiczne, leczenie objawów somatycznych i leczenie bólu, opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitację, zapobieganie powikłaniom, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym, ordynację leków oraz wypożyczanie przez hospicja domowe sprzętu medycznego i pomocniczego. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne.

W ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych, pacjent ma całodobowy dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarzkę przez 7 dni w tygodniu. Porady lekarskie odbywają się nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, wizyty pielęgniarstwa – nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu.

### *Świadczeniodawcy*

W Polsce w 2019 r. funkcjonowało łącznie 559 hospicjów domowych (w tym 71 dedykowanych dzieciom) w ramach których udzielano świadczeń gwarantowanych, a na 100 tys. ludności przypadła średnio ok. 1 ośrodek domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej (1,46).

### *Świadczeniobiorcy*

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Jednocześnie pacjenci hospicjum domowego powinni mieć zapewnione odpowiednie warunki domowe oraz przeszkolonych opiekunów w zakresie opieki i pielęgnacji oraz ewentualnej obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy, tak aby podczas udzielania opieki mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

W 2019 r. ze świadczeń paliatywnych i hospicyjnych udzielanych w ramach hospicjum domowego skorzystało łącznie 62,5 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona z nieznaczną przewagą kobiet (50,2%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby w wieku 65 lat lub więcej (73%), w tym osoby w wieku 65–79 stanowiły 45%, a osoby w wieku powyżej 80 lat – 28%.

## Opieka dzienna DDOM

### Usługi

Pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu DDOM zostało sfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) w wyniku konkursu ogłoszonego w 2015 r. w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

Beneficjenci projektu prowadzili DDOM zgodnie z opracowanym standardem, udzielając pacjentom świadczeń zdrowotnych o charakterze rehabilitacyjno-opiekuńczym, zapewniając wymagany skład zespołu terapeutycznego na podstawie opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia dokumentu pt. *Dzienny dom opieki medycznej organizacja i zadania*, wydanego we wrześniu 2017 r.

Podstawowym celem opieki udzielanej w DDOM jest zapobieganie wtórnym hospitalizacjom pacjentów. DDOM zapewnia opiekę medyczną połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach domu opieki medycznej należą:

- opieka pielęgniarstwa, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji;
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych;
- usprawnianie ruchowe;
- stymulacja procesów poznawczych;
- terapia zajęciowa;
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Dla pacjentów korzystających z DDOM, w zależności od potrzeb, zapewnia się także badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, badania laboratoryjne oraz materiały medyczne dostosowane do potrzeb pacjenta. Usprawnianie pacjentów odbywa się poprzez zajęcia rehabilitacyjne, terapię zajęciową, porady psychologiczne, logopedyczne, dietetyczne oraz minimalizację polipragmazji. Pacjenci pozostają pod stałym nadzorem lekarskim oraz pielęgniarzkim.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w DDOM zapewniane jest odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone są zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby bezpłatny transport z miejsca zamieszkania do DDOM i powrót do miejsca zamieszkania.

Każdy z DDOM dysponuje 10–15 miejscami dla pacjentów<sup>55</sup>, a czas pobytu pacjenta w DDOM wynosi od 30 do 120 dni roboczych. DDOM funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin. Czas trwania pobytu w DDOM jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być, co do zasady, krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.

Realizacja projektów w ramach PO WER była podstawą do przeprowadzenia ewaluacji, w wyniku której nieznacznie zmieniono standard DDOM i przekazano go do wdrożenia w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych.

### Pacjenci

W DDOM wsparcie kierowane jest do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności do osób powyżej 65. roku życia (min. 50% łącznej liczby pacjentów DDOM), których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej

---

<sup>55</sup> W wyniku ewaluacji pilotażu zwiększono liczbę miejsc w DDOM maksymalnie do 25 miejsc.



(POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), a jednocześnie nie wymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach DDOM mogą być objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>56</sup>.

Do DDOM mogą być przyjęci:

- pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających narastającej potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Świadczenia w DDOM udzielane są pacjentom wymagającym, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40–65 punktów.

Podstawowe cele kwalifikowania pacjentów do domu opieki medycznej to: poprawa stanu zdrowia i samodzielności życiowej, zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym, przygotowanie pacjenta i rodziny do życia z niepełnosprawnością i samoopieki – możliwe do uzyskania poprzez rehabilitację lub modyfikację leczenia farmakologicznego – co będzie oceniane w momencie kwalifikacji do objęcia opieką.

Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia wyłączone są osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

#### *Finansowanie*

W ramach konkursu PO WER przyjęto do realizacji 53 projekty o łącznej wartości 53,4 mln zł. Projekty realizowane były w okresie od 2016 r. do I kwartału 2019 r.

W ramach RPO w 2020 r. zostało utworzonych 105 Domów Diennej Opieki Medycznej. Szczegółowe dane z podziałem na województwa przedstawia tabela 12.

*Tabela 12. Liczba utworzonych DDOM-ów w poszczególnych województwach*

Lp.	Województwo	liczba utworzonych DDOM
1	Dolnośląskie	16
2	Kujawsko-Pomorskie	9
3	Lubelskie	2

<sup>56</sup> Na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 poz. 1938, z późn. zm.).

4	Lubuskie	0
5	Łódzkie	0
6	Małopolskie	10
7	Mazowieckie	29
8	Opolskie	0
9	Podkarpackie	12
10	Podlaskie	1
11	Pomorskie	0
12	Śląskie	9
13	Świętokrzyskie	8
14	Warmińsko - Mazurskie	0
15	Wielkopolskie	9
16	Zachodniopomorskie	0
	<b>RAZEM</b>	<b>105</b>

## OPIEKA NIEFORMALNA

W Polsce w dużej mierze to sieć rodzinna osób starszych stawia czoła ryzyku niesprawności i potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz wynikającym z tego potrzebom opiekuńczym tychże osób. Zadania rodziny i role jej członków są w Polsce nadal postrzegane w tradycyjny sposób, a system opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce opiera się w głównej mierze właśnie na opiece nieformalnej sprawowanej przez bliskich chorego. Rola opiekuńcza rodziny jako swoista norma kulturowa ma zatem istotny wpływ w kształtowaniu modelu opieki nad osobami wymagającymi takiego wsparcia.

Podjęcie decyzji o zaopiekowaniu się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest często podyktowane ograniczoną dostępnością świadczeń systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz niewystarczającą ofertą wsparcia publicznego dedykowaną tej grupie osób.

Decyzja taka jest również w dużej mierze zdeterminowana społecznymi tradycjami, normami i oczekiwaniami odnoszącymi się do pozycji, ról rodzinnych, a także do roli rodziny w systemie nieformalnego oparcia społecznego. Przemiany cywilizacyjne oraz modernizacja społeczeństwa, w szczególności zmiany dotyczące życia rodzinnego, wpływają na sposób organizacji i świadczenia usług opiekuńczych przez nieformalne sieci wsparcia. Pomimo tak intensywnych przemian zachodzących w obrębie rodziny w ostatnich latach, Polacy nadal bardzo tradycyjnie postrzegają rolę rodziny w sprawowaniu opieki nad przedstawicielami starszej generacji, jednocześnie traktując instytucjonalną formę opieki jako awaryjną i przymusową dla rodziny niewydolnej opiekuńczo.

Intensywnym przemianom demograficznym towarzyszą również zmiany w układach rodzinnych oraz obowiązujących w społeczeństwie stosunkach panujących pomiędzy starszą i młodszą generacją<sup>57</sup>.

Zgodnie z jedną z najpowszechniej używanych definicji opiekunem nieformalnym jest osoba, która dostarcza regularnego, trwałego, fizycznego i (lub) emocjonalnego wsparcia oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory i jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą. Pojęcie opiekuna nieformalnego jest szersze niż pojęcie opiekuna rodzinnego, ponieważ poza rodziną osoby starszej obejmuje ono również bliskich spoza rodziny (np. sąsiadów czy przyjaciół), którzy także mogą sprawować opiekę nad osobami starszymi<sup>58</sup>.

Na poziomie ustaw i rozporządzeń nie funkcjonuje pojęcie opieki formalnej i nieformalnej. Termin ten pojawia się w *Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020* w kontekście opiekunów sprawujących opiekę nad osobami starszymi o ograniczonej samodzielności. Opiekuna nieformalnego definiuje się tam jako osobę niebędącą opiekunem medycznym, opiekującą się osobą o ograniczonej samodzielności, np. członek rodziny<sup>59</sup>.

Z kolei w wytycznych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego opiekun nieformalny nazywany jest także opiekunem faktycznym i jest nim osoba pełnoletnia opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki, najczęściej członek rodziny<sup>60</sup>.

Zgodnie z *ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>61</sup>, opiekun faktyczny oznacza osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga. Niemniej jednak ramy prawne opieki faktycznej nie zostały szerzej ustalone w polskim porządku prawnym, co skutkuje w praktyce pewnymi problemami interpretacyjnymi oraz związanymi z podejmowaniem niektórych decyzji w imieniu chorego.

Sprawowanie opieki nad osobami starszymi w Polsce przede wszystkim przez rodzinę wynika zarówno z uwarunkowań społecznych, kulturowych, jak i istniejących uregulowań prawnych, które zobowiązują małżonków, rodziców i dzieci do wzajemnej pomocy i wsparcia<sup>62</sup> oraz wywołują konsekwencje prawne w przypadku nieudzielenia pomocy i odmawiania wsparcia najbliższej rodzinie np. w trakcie choroby<sup>63</sup>. Przepisy prawa nie określają jednak, w jaki sposób rodzina powinna sprawować opiekę nad członkiem rodziny, tym bardziej nad starszymi osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zakres, sposób organizacji i czas sprawowania opieki nad członkiem rodziny wymagającym wsparcia pozostaje więc suwerenną decyzją rodziny (obejmującą różne aspekty życia przy wykorzystaniu własnych zasobów oraz usług publicznych), niejednokrotnie uzależnioną od stanu zdrowia lub stopnia sprawności członka rodziny, składu rodziny oraz sytuacji materialnej i zawodowej rodziny. W Polsce nie prowadzi się rejestru opiekunów nieformalnych, nie można więc ustalić szczegółowych danych na temat łącznej liczby opiekunów nieformalnych i osób objętych taką opieką. Niemniej jednak szacuje się, że większość osób starszych otrzymuje w Polsce opiekę nieformalną – odsetek ten stanowi

<sup>57</sup> *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych*, s. 21.

<sup>58</sup> Rosochacka-Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] Raclaw M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 140.

<sup>59</sup> *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020*, s. 21, Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 118).

<sup>60</sup> Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiej Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020 z 8 lipca 2019 r., s. 8.

<sup>61</sup> Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

<sup>62</sup> Zgodnie z art. 23 i 87 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz.U. z 2020 poz. 1359).

<sup>63</sup> Zgodnie z art. 1008 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – *Kodeks Cywilny* (Dz.U. z 2020 poz. 1740, z późn. zm.).

w zależności od badania od 80% do 93%<sup>64</sup>. Posiłkując się natomiast wynikami badania *Eurofamcare*, prowadzonego w wybranych krajach europejskich, w tym także w Polsce w latach 2003–2004, szacowano liczbę opiekunów nieformalnych w Polsce na ok. 2 mln osób<sup>65</sup>.

Dostępne statystyki nie odzwierciedlają jednak zjawiska nieformalnego zatrudniania opiekunów przez bogatsze gospodarstwa domowe, co może dodatkowo komplikować analizę modelu opieki w Polsce. Niemniej jednak nawet biorąc ten fakt pod uwagę, odsetek osób niekorzystających z formalnych świadczeń opiekuńczych w Polsce jest wciąż najwyższy ze wszystkich krajów UE<sup>66</sup>.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, najczęstszymi opiekunami nieformalnymi są współmałżonkowie, dzieci oraz osoby dalej spokrewnione, z tym, że dzieci podejmują się obowiązku opieki nieco częściej niż w innych krajach Unii Europejskiej, takich jak Grecja, Niemcy, Szwecja, Wielka Brytania czy Włochy<sup>67</sup>.

Osobom, wobec których świadczona jest opieka nieformalna, jest najczęściej rodzic (50,8%), inny członek rodziny (16%) oraz małżonek (13,4%). W niespełna połowie przypadków (48,9%) osoba zależna zamieszkuje wraz z opiekunem, a więc najczęściej ze swoim synem/córką. Osobą najczęściej zamieszkującą z opiekunem jest znacznie niesprawna osoba starsza (44,7%). W 67% przypadków opieka nieformalna trwa powyżej 2 lat, a w co trzecim powyżej 5 lat. Z powodu długości i intensywności opieki opiekunowie nieformalni mogą być z czasem narażeni na doświadczanie negatywnych zjawisk wynikających z nadmiernego obciążenia obowiązkami opiekuńczymi, takich jak tzw. wypalenie opiekuńcze, czy syndrom opiekuna, co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia fizycznego i dobrostanu psychicznego.<sup>68</sup>

Badanie *Eurofamcare* wykazało, że średni wiek opiekunów rodzinnych rośnie wraz z wiekiem podopiecznych i spadkiem ich sprawności funkcjonalnej, a większość opiekunów rodzinnych to kobiety w wieku 50–60 lat, głównie córki opiekujące się rodzicami lub teściami (pokolenie dojrzałych dzieci opiekujące się pokoleniem osób sędziwych)<sup>69</sup>. Rodzinni opiekunowie zajmują się nie tylko osobami starszymi, z którymi dzielą mieszkanie, lecz otaczają troską także tych członków rodziny, którzy mieszkają samotnie<sup>70</sup>.

Inne wyniki badań również potwierdzają, że opiekę nad osobami starszymi w ramach rodziny sprawują najczęściej osoby w dojrzałym wieku (45–64 lat), określane jako tzw. kanapkowe pokolenie (ang. *sandwich generation*) odnoszące się do pokolenia osób dojrzałych, które z różnych względów muszą obejmować opieką zarówno swoich starzejących się rodziców, jak wspierać dorosłe dzieci, a częstokroć także wnuki, jednocześnie trudniąc się nadal pracą zawodową<sup>71</sup>. Coraz częściej zdarza się również, że starsza grupa osób z tego pokolenia wspiera równocześnie swoich współmałżonków i partnerów wymagających już pewnej formy codziennej opieki lub asysty ze względu na chorobę lub

---

<sup>64</sup> *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 1 na podstawie: *Long-Term Care for the Elderly in Poland*, Łuczak P., Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.

<sup>65</sup> *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report*, Eurofamcare 2006 – przeprowadzonym badaniu przyjęto definicję opiekuna rodzinnego jako osobę, która świadczyła opiekę i pomoc swojemu krewnemu w wieku 65 lat lub starszemu przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu, niezależnie od poziomu niesprawności (psychicznej i/lub fizycznej) podopiecznego.

<sup>66</sup> *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce* s. 15 i 43.

<sup>67</sup> *Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej*, Kachaniuk H., Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K., [w:] *Geriatrya* 2018, nr 12, s. 81.

<sup>68</sup> *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych*.

<sup>69</sup> *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report*, Eurofamcare 2006.

<sup>70</sup> Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska B., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, s. 64.

<sup>71</sup> Szweda-Lewandowska Z., *Zapotrzebowanie na instytucjonalne formy pomocy osobom starszym w perspektywie dwudziestu pięciu lat w świetle aktualnych determinant w mikro- i makroskali*, [w:] J. T. Kowalewski (red.) *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności Polski. Przyczyny, etapy, następstwa*, Łódź 2011, s. 17.

niesprawność. Sytuacja taka generuje potrójne obciążenie, co – przy braku wsparcia z zewnątrz – często może negatywnie oddziaływać m.in. na stan zdrowia i ogólną jakość życia tychże osób.

Zjawisko silnej feminizacji roli opiekuna nieformalnego zauważalne jest również w innych badaniach i analizach prowadzonych w obszarze organizowania i świadczenia opieki osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, jednak ich odsetek różni się w zależności od badania<sup>72</sup> (od ponad 65%<sup>73</sup> do niemal 80%<sup>74</sup>). Równocześnie kobiety stanowią większość osób wymagających takiej opieki<sup>75</sup>. Fakt ten związany jest z tym, że kobiety żyją przeciętnie dłużej niż mężczyźni, a także częściej i wcześniej szukają pomocy (m.in. medycznej) i wsparcia społecznego<sup>76</sup>.

Kobiety statystycznie częściej podejmują decyzję o zmniejszeniu wymiaru zatrudnienia lub całkowitej rezygnacji z pracy zawodowej w przypadku zapotrzebowania bliskich na opiekę. Kobiety bierne zawodowo w wieku 25–54 lata, częściej niż mężczyźni jako przyczynę dezaktywacji zawodowej wskazują pełnienie opieki nad osobami małoletnimi (dziećmi, wnukami) oraz osobami starszymi<sup>77</sup>. Powoduje to ich niemożność radzenia sobie z innymi obowiązkami, a w konsekwencji wcześniejsze odchodzenie z rynku pracy, bądź w przypadku młodych kobiet – odkładanie macierzyństwa lub mniejszą liczbę dzieci<sup>78</sup>.

Osobiste zaangażowanie się członka rodziny w opiekę nad osobą w starszym wieku wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wymusza czasem konieczność czasowej lub całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej, co może stanowić zarówno problem indywidualny, jak i społeczno-ekonomiczny. W celu zapewnienia wsparcia w przypadkach sprawowania czasowej opieki nad chorym lub niepełnosprawnym członkiem rodziny, osobie objętej opieką oraz jego opiekunowi przysługują określone świadczenia z systemu pomocy społecznej, w tym świadczenia pieniężne, świadczenia opiekuńcze udzielane w warunkach domowych bądź zapewniane przez placówki dziennego lub całodobowego pobytu.

Funkcja opiekuńcza pełniona w ramach rodziny nadal pozostaje nie do zastąpienia, pomimo że ostatnio coraz częściej następuje przesunięcie jej zadań na wyspecjalizowane instytucje, zarówno publiczne, jak i prywatne. Opieka prywatna (komercyjna) świadczona w miejscu zamieszkania osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostaje w dużej mierze nieuregulowana prawnie. W związku z tym brakuje informacji o rzeczywistej liczbie podmiotów i osób udzielających usługi opiekuńcze komercyjnie, a także o liczbie osób objętych tymi usługami oraz o liczbie osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Mimo coraz większej dostępności do usług profesjonalnych, rodzina jest najważniejszą i zazwyczaj jedyną grupą wsparcia dla osób starszych, które doświadczają ograniczenia samodzielności. W szczególności dostęp do opieki długoterminowej jest w dalszym ciągu ograniczony i zapewniany przez rodzinę chorego<sup>79</sup>. Wsparcie ze strony rodziny nie daje jednak pełnej gwarancji zaspokajania potrzeb opiekuńczych w Polsce, ponieważ część rodzin nie jest już wydolna opiekuńczo i potrzebuje wsparcia zewnętrznego na coraz większą skalę niż jest to dostępne obecnie<sup>80</sup>.

<sup>72</sup> Na podstawie: Janowicz A., *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu, European Palliative Care Academy (EUPCA), Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2014*, tom 4, nr 2, s. 161–167.

<sup>73</sup> 67% zgodnie z: *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych.*, s. 7 (dot. badania CATI).

<sup>74</sup> 77,5% zgodnie z: *Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej*, Kachaniuk H., Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K., [w:] *Geriatrics*, nr 12, 2018, s. 77.

<sup>75</sup> 61,4% na podstawie: *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych.*, s. 68 (dot. badania CATI).

<sup>76</sup> Badanie AZER (Wóycicka I., Rurarz R., 2007).

<sup>77</sup> *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, GUS, Warszawa 2016, s. 3,14.

<sup>78</sup> Raław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] Hryniewicz J., *O sytuacji ludzi starszych*, tom 2., Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012, s. 71-82.

<sup>79</sup> *Sprawozdanie krajowe. Polska 2020 (Country Report)* opublikowany przez Komisję Europejską w dniu 26 lutego 2020 r.).

<sup>80</sup> Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*, Studia BAS, 2012, s. 74-75.

Opiekunowie niejednokrotnie potrzebują wsparcia zarówno w zakresie zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, społecznych, leczniczych czy rehabilitacyjnych osoby zależnej, jak również potrzeb zdrowotnych i związanych z jakością życia ich samych. Dodatkowo, mając na uwadze aktualne tendencje demograficzne, liczba opiekunów nieformalnych będzie się sukcesywnie zmniejszała, co z kolei wskazuje na konieczność przesunięcia ciężaru odpowiedzialności za udzielanie opieki z opiekunów nieformalnych na profesjonalny personel opiekuńczy. Niemniej jednak nawet najlepiej sprawowana opieka nieformalna wymaga pewnego wsparcia ze strony opieki formalnej, w szczególności mając na uwadze jak najdłuższe życie w zdrowiu i utrzymanie satysfakcjonującej jakości życia zarówno osób objętych opieką, jak i ich opiekunów nieformalnych.

## KIERUNKI ROZWOJU WSPARCIA ZDROWOTNEGO W RAMACH PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

Osoby starsze stanowią jedną z czterech grup społecznych uwzględnionych w *Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności* (obok osób z niepełnosprawnościami, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz dzieci).

Zgodnie z ww. dokumentem proces deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych skierowanych do tych osób ma przyczynić się do rozwoju zindywidualizowanych usług zdrowotnych w społeczności lokalnej mających ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej oraz zmiany dotychczasowych proporcji dedykowanych zasobów (w szczególności kadrowych i finansowych) z pozycji dominującej instytucji udzielających całodobowej opieki długoterminowej w kierunku przewagi znaczenia usług świadczonych w środowisku lokalnym.

Należy zwrócić uwagę, że wymienione powyżej grupy docelowe działań na rzecz deinstytucjonalizacji nie stanowią grup rozłącznych, np. osoba starsza jednocześnie może być osobą z niepełnosprawnościami lub mieć problemy ze zdrowiem psychicznym. Wówczas zakres form wsparcia uzależniony jest od stopnia poszczególnego rodzaju problemów i potrzeb zdrowotnych w tym zakresie.

W aktualnym systemie ochrony zdrowia osobom starszym dedykowane są w szczególności świadczenia opieki geriatrycznej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ osoby te, ze względu na choroby i dolegliwości związane i narastające z wiekiem, stanowią najliczniejszą grupę odbiorców tychże świadczeń.

Zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej ma szczególne znaczenie dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu nie tylko z powodu ograniczonej mobilności i dysfunkcji zmysłowych, ale również z powodów problemów poznawczych i emocjonalnych na skutek postępujących zaburzeń otępiennych oraz przewlekłych i nieuleczalnych chorób onkologicznych i nieonkologicznych.

Niemniej jednak bycie osobą starszą nie przesądza o potrzebie skorzystania z tego typu świadczeń, ponieważ podstawową kwalifikacją do ich uzyskania są ściśle określone kryteria medyczne oparte na podstawie identyfikacji określonych problemów zdrowotnych.

Warto też zaznaczyć, że część osób starszych wymagająca wsparcia pozamedycznego znajduje je w systemie pomocy społecznej, w tym m.in. w ramach usług opiekuńczych udzielanych w placówkach pobytu dziennego lub całodobowego bądź w postaci usług opiekuńczych i wspierających o charakterze domowym.

Wsparcia wymagają osoby starsze, nie tylko z powodu ograniczonej mobilności i dysfunkcji zmysłowych, ale również z powodów problemów poznawczych i emocjonalnych na skutek postępujących zaburzeń otępiennych oraz przewlekłych i nieuleczalnych chorób onkologicznych i nieonkologicznych. **Nadrzędnym celem procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych dedykowanych osobom starszym jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu niezależności osób starszych umożliwiające im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym.**



Uwzględniając specyfikę i problematykę systemu ochrony zdrowia w Polsce za kluczowe dla realizacji powyższego celu przyjęto następujące **obszary strategiczne**:

- I. **Rozwój zasobów kadrowych;**
- II. **Rozwój form opieki dziennej;**
- III. **Rozwój form opieki domowej;**
- IV. **Rozwój innowacyjnych form opieki;**
- V. **Wsparcie opiekunów nieformalnych;**
- VI. **Koordinacja środowiskowej opieki zdrowotnej.**

## OBSZARY STRATEGICZNE

### ROZWÓJ ZASOBÓW KADROWYCH

**CEL SZCZEGÓŁOWY: Podniesienie kompetencji personelu realizującego opiekę zdrowotną dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w środowisku lokalnym**

#### *Diagnoza*

Kadry medyczne są podstawą każdego systemu opieki zdrowotnej i stanowią główne zasoby warunkujące poziom dostępności i jakości usług medycznych. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego w bezpośredni sposób wpływa na stan zdrowia populacji. Ma to ogromne znaczenie w przypadku opieki medycznej sprawowanej nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności chorymi na przewlekłe, nieuleczalne choroby, wymagającymi ze względu na stan zdrowia długotrwałego wsparcia medycznego umożliwiającego utrzymanie odpowiedniej jakości życia związanej ze zdrowiem. Odpowiednio przygotowana kadra medyczna stanowi zatem kluczowy warunek dla sprostania potrzebom zdrowotnym tych osób, szczególnie w perspektywie postępującego starzenia się społeczeństwa i wzrostu rozpowszechnienia nieuleczalnych chorób, dając możliwość zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz koncentracji działań wokół chorego i jego potrzeb.

W sprawowanie opieki długoterminowej w ZOL/ZPO zaangażowani są przede wszystkim personel pielęgniarski, lekarski i fizjoterapeutyczny, natomiast świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach domowych udziela w szczególności personel pielęgniarski. Opieka paliatywna i hospicyjna realizowana jest natomiast głównie przez personel pielęgniarski, lekarski, fizjoterapeutyczny i psychologiczny.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane pacjentom w starszym wieku może realizować personel pielęgniarski z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów w odpowiednich dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w udzielaniu tej opieki<sup>81</sup>.

W opiece nad świadczeniobiorcami wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego

<sup>81</sup> Dziedziny te zostały wyszczególnione w załączniku 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.).



wentylowanego mechanicznie, lub specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tej specjalizacji lub kursu.

Natomiast w ramach realizacji świadczeń pielęgniarstwa w stosunku do pacjentów objętych opieką długoterminową domową cały personel pielęgniarstwa zobligowany jest do posiadania dodatkowych kwalifikacji uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego, co jest niezbędne z uwagi na samodzielność pracy zawodu pielęgniarki i pielęgniarza.

Od 2004 r. liczba personelu pielęgniarstwa zatrudnionego w instytucjach opieki długoterminowej zwiększyła się niemal dwukrotnie.

Zgodnie z danymi za 2019 r. (kursy kwalifikacyjne) i 2020 r. (szkolenia specjalizacyjne)<sup>82</sup>:

- liczba kadr pielęgniarstwa ze specjalizacją pielęgniarstwa mającą zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie 23 079 osób;
- liczba kadr pielęgniarstwa, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa mające zastosowanie w opiece długoterminowej lub kursy specjalistyczne wynosiła odpowiednio 67 775 osób i 64 812 osób – łącznie 132 607 osób.

Analiza wyników badania ankietowego przeprowadzonego w 2016 r. na grupie 296 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w opiece długoterminowej wykazała, że długoterminową opieką domową sprawują doświadczone osoby z personelu pielęgniarstwa:

- o długim stażu pracy,
- posiadające średnie i wyższe wykształcenie oraz niezbędne kwalifikacje,
- opiekujące się najczęściej kilkoma osobami,
- wykonujące tę pracę jako dodatkowe zatrudnienie.

Okres pracy w środowisku domowym pacjenta wynosił średnio 4 lata (1–27 lat). Zdecydowana większość personelu pielęgniarstwa (78,7%) pracowała w tej formie opieki nie więcej niż 6 lat. Dla większości ankietowanych była to dodatkowa praca polegająca na sprawowaniu opieki u średnio 3 pacjentów (w badanej grupie 1 pacjentem opiekowało się 15,5% ankietowanych, 2 pacjentami – 21,3%, a 3 pacjentami – 40,9%)<sup>83</sup>.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej również w dużej mierze udzielane są przez personel pielęgniarstwa.

- Wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. liczba kadr pielęgniarstwa ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wynosiła - 2 2398 osób;
- Wg stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. liczba kadr pielęgniarstwa, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej wynosiła łącznie ponad 12 tys. osób – odpowiednio ponad 5 tys. osób i ponad 7 tys. osób

Ponadto, tendencje wzrostowe w zakresie liczby personelu wykwalifikowanego do udzielania świadczeń opieki długoterminowej i opieki paliatywnej i hospicyjnej zanotowano w ostatnich latach również wśród lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, logopedów, terapeutów zajęciowych i terapeutów uzależnień oraz opiekunów medycznych.

Liczba opiekunów medycznych zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia wzrosła w ostatnich latach ponad dwukrotnie – z niemal 4,2 tys. osób w 2015 r. do niemal 8,3 tys. osób w 2019 r., w tym

<sup>82</sup> Na podstawie z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

<sup>83</sup> *Pielęgniarki i pielęgniarze opieki długoterminowej domowej*, Nowak-Kapusta Z, Irzyniec T., Franek G, Drzazga B., [w:] *Pielęgniarstwo Polskie* 2017, nr 3(65), s. 409–415.

w ZOL/ZPO wzrosła z niemal 1,7 tys. osób w 2010 r., przez ponad 4 tys. osób w 2015 r. do niemal 6 tys. osób w 2019 r.<sup>84</sup>.

Powyższe tendencje wskazują na postępujące dostosowywanie się systemu opieki długoterminowej w Polsce do rosnącej liczby osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz do zwiększających się potrzeb z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej wśród tej grupy osób. Mimo obserwowanego w ostatnich latach stałego wzrostu liczby personelu udzielającego świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, pogłębianie się procesu starzenia się polskiego społeczeństwa skutkuje niesatysfakcjonującą liczbą personelu medycznego udzielającego tychże świadczeń – nadal uśredniona proporcja liczby pracowników do liczby pacjentów objętych tą opieką pozostaje jedną z najniższych wśród krajów UE.

Z tego względu niezbędne są kierunkowe działania mające na celu zarówno utrzymanie na rynku odpowiedniej liczebności i poziomu kompetencji poszczególnych zawodów medycznych uczestniczących w zaspokojeniu potrzeb pacjentów w starszym wieku, jak również podejmowanie działań na rzecz rozwoju kadr opiekuńczych wspierających personel medyczny udzielający świadczenia tym pacjentom.

W ramach zakresu świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej można wydzielić proste czynności pielęgnacyjne, opiekuńcze i profilaktyczne, które pokrywają się w dużej mierze z zakresem zadań przewidzianych dla opiekunów medycznych. Niemniej jednak specyfika pracy z pacjentem chorym nieuleczalnie w terminalnej fazie choroby, czy pacjentem starszym wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na swój stan zdrowia (w tym również z zaburzeniami otępiennymi, które stanowią specyficzną i ciągle rosnącą grupę pacjentów w starszym wieku) wymaga od opiekuna medycznego specyficznej wiedzy i umiejętności, których aktualny program kształcenia nie obejmuje w wystarczającym stopniu.

Warto podkreślić, że w zakresie opiekunów medycznych istotne jest również podnoszenie kompetencji z zakresu realizacji usług społecznych dla osób starszych.

Pomimo uruchomionego na terytorium całego kraju systemu kształcenia opiekunów medycznych, jak i rosnącej liczby osób nabywających kwalifikacje w tym zawodzie, brak przeszkolenia w zakresie opieki nad ww. grupami pacjentów stanowi istotne ograniczenie w wykorzystaniu potencjału kadrowego tej grupy zawodowej.

Osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego realizują go w oparciu o wiedzę i umiejętności nabyte w toku kształcenia. Aktualnie obowiązujące przepisy nie zawierają jednak regulacji dotyczących doskonalenia zawodowego i rozwoju kompetencji opiekunów medycznych. W przypadku chęci pogłębienia swoich umiejętności, opiekunowie medyczni są zmuszeni sfinansować dalszą edukację z własnych środków.

---

<sup>84</sup> Na podstawie: *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia* wydawane przez Centrum e-Zdrowia; *Biuletyn Statystyczny 2020*, Warszawa 30.10.2020

## Rezultat 1

**Podniesienie kompetencji minimum 1 500 opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030 r.**

### Działania

**1. Opracowanie programu kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.**

Opracowanie przez grono ekspertów programu kursu kwalifikacyjnego w zakresie opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, na potrzeby opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi, będzie stanowiło podstawę dla przeszkolenia opiekunów medycznych w przedmiotowym zakresie.

Obszarami, które powinny zostać uwzględnione przy tworzeniu programu kursu kwalifikacyjnego dla tej grupy zawodowej powinny być m.in. postępowanie opiekuńcze wobec pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz pacjentów diabetologicznych, opieka paliatywna i hospicyjna, opieka geriatryczna oraz ratownictwo i kwalifikowana pierwsza pomoc.

**2. Realizacja kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych na potrzeby opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2030 r.**

W celu zwiększenia liczby personelu przygotowanego do zapewnienia specjalistycznej opieki nad pacjentami w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i pacjentami z zaburzeniami otępiennymi planuje się podniesienie kwalifikacji opiekunów medycznych poprzez przeprowadzenie kursów doskonalących z zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej tym grupom pacjentów.

Celem ww. działań edukacyjnych jest przygotowanie przedmiotowej grupy zawodowej do realizacji świadczeń w opiece domowej i środowiskowej.

REZULTAT 1												
Termin realizacji działań	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.											
	2.											
Indykatywne źródła finansowania	1. NPZ na lata 2016–2030 2. Krajowy Program na lata 2021–2027 finansowany ze środków EFS+											
Koordynacja	1. CMKP we współpracy z MZ i MEiN 2. CMKP we współpracy z MZ											

## ROZWÓJ FORM OPIEKI DZIENNEJ

**CEL SZCZEGÓŁOWY:** Rozwijanie form dziennej opieki medycznej dla osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze szczególnym uwzględnieniem regionów oraz obszarów wiejskich, w których dostęp do świadczeń opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej jest najbardziej ograniczony

### Diagnoza

W polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje nadal usług dziennej opieki długoterminowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego najbliższych, łączących zarówno pewne specyficzne cechy zorganizowanej opieki instytucjonalnej, jak również opieki udzielanej w warunkach domowych.

Dzienna opieka medyczna realizowana jest od kilku lat w ramach DDOM, utworzonych w projektach realizowanych ze środków unijnych. Nadrzędnym celem funkcjonowania DDOM jest zapewnienie jak najpełniejszej sprawności pacjentów w środowisku po przebytych hospitalizacjach, poprawa stanu zdrowia osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród tych osób.

Ze względu na pozytywny społeczny odbiór oferty usług DDOM zdecydowano się na kontynuację ich działalności w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020 oraz planuje się podjęcie podobnych działań także w przyszłej perspektywie finansowej 2021-2027.

Usługi udzielane w DDOM nie wyczerpują jednak zapotrzebowania na opiekę dzienną wśród pacjentów wymagających codziennego wsparcia zdrowotnego. Szczególną grupą osób, która – ze względu na specyfikę objawów i postępu choroby – wymaga odrębnej formy opieki, są osoby z zaburzeniami otępiennymi.

W ramach systemu ochrony zdrowia dostępne są świadczenia opieki długoterminowej stworzone z myślą o osobach starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, lecz brakuje usług specyficznych dla osób z otępieniem. Sprawowanie opieki nad chorymi z demencją w ramach opieki zdrowotnej odbywa się w ZOL/ZPO i w ramach opieki długoterminowej domowej oraz dziennych i całodobowych oddziałów psychogeriatrycznych. Nie są to jednak formy opieki ukierunkowane *stricto* na osoby z otępieniem, ale raczej ogólnie na osoby starsze, przewlekłe chore i wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu<sup>85</sup>.

W ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie wprowadzono dotychczas dedykowanych narzędzi dla efektywnego i kompleksowego rozwiązywania problemów osób z chorobami otępiennymi (w tym m.in. chorobą Alzheimera) i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci (m.in. chorobą Parkinsona, chorobą Huntingtona) oraz ich bliskich. Mając na uwadze potrzebę stworzenia kompleksowego systemu opieki nad osobami z demencją podjęto decyzję dotyczącą opracowania i wdrożenia krajowego planu działań wobec demencji.

Specyfika chorób otępiennych i innych przewlekłych chorób mózgu skutkujących zaburzeniami pamięci sprawia, że dostępne formy instytucjonalnej opieki zdrowotnej w Polsce nie są dostosowane do potrzeb tej grupy pacjentów. Ze względu na postępujący charakter objawów w chorobach otępiennych, objęcie pacjenta całodobową opieką instytucjonalną poza znajomym dla niego

<sup>85</sup> W ramach systemu pomocy społecznej opieka nad osobami z zaburzeniami otępiennymi odbywa się w: domach rodzinnych, domach opieki społecznej (jednostki samorządowe), domach pomocy społecznej (podmioty działalności gospodarczej), gminnych ośrodkach pomocy społecznej. W ramach sektora prywatnego opieka taka jest sprawowana w prywatnych domach opieki lub przez prywatnych opiekunów zastępczych zajmujących się chorym w domu.

otoczeniem niejednokrotnie może wzmacniać objawy chorobowe i wywoływać kolejne, przyspieszając tym samym postęp choroby oraz związaną z tym niesprawność i potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

W 2010 r. niemal 92% chorych na demencję w Polsce przebywało w domu od początku choroby aż do śmierci<sup>86</sup>. Wynika stąd, że opieka nad chorym z zaburzeniami otępiennymi spoczywa głównie na opiekunach nieformalnych wywodzących się z rodziny chorego lub zaangażowanych przez jego rodzinę.

Opieka pozainstytucjonalna sprawowana w warunkach domowych obecnie głównie przez opiekunów nieformalnych wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym opiekunów, którzy niejednokrotnie nie dysponują dostateczną wiedzą i umiejętnościami, żeby właściwie ją sprawować. W dłuższej perspektywie sytuacja ta ma również negatywny wpływ na stan zdrowia samych opiekunów oraz inne aspekty ich życia (rodzinnego, zawodowego, społecznego itp.).

System ochrony zdrowia w obecnym kształcie nie obejmuje świadczeń opiekuńczych oddzielnie dedykowanych tej grupie pacjentów uwzględniających ich potrzeby zdrowotne, ograniczenia funkcjonalne i perspektywy terapeutyczne. Z tego względu osoby te, w zależności od stadium choroby, są obejmowane różnymi rodzajami i zakresami świadczeń opieki zdrowotnej – od świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przez świadczenia opieki długoterminowej, po świadczenia psychiatryczne udzielane w warunkach szpitalnych. Brakuje natomiast kompleksowego podejścia i koordynacji opieki zdrowotnej pozwalającej objąć pacjenta i jego rodzinę odpowiednim wsparciem w ich środowisku lokalnym.

#### Rezultat 1

### **Stworzenie sieci DDOM finansowanych ze środków publicznych do końca 2030 r.**

#### Działania

#### **1. Włączenie do finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM – do końca 2022 r.**

W celu włączenia świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do finansowania ze środków publicznych planuje się wprowadzenie stosownych zmian w przepisach prawnych w zakresie uwzględnienia opieki dziennej udzielanej w DDOM jako elementu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej.

#### **2. Umożliwienie istniejącym DDOM ubiegania się o finansowanie ze środków publicznych – do końca 2030 r.**

Planuje się, że dzienna opieka zdrowotna udzielana w DDOM będzie mogła zostać sfinansowana ze środków publicznych w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych opieki długoterminowej finansowanych ze środków NFZ lub innych.

#### **3. Dalszy rozwój sieci DDOM – do końca 2030 r.**

W kolejnych latach planuje się dalszy rozwój sieci DDOM poprzez finansowanie ze środków publicznych oraz poprzez rozbudowę infrastruktury sieci DDOM w ramach dofinansowania ze

<sup>86</sup> Durda M., *Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się*, *Gerontologia Polska*, , tom 18, nr 2, Poznań 2010, s. 77.

środków unijnych na uruchomienie dodatkowych usług, w tym działania inwestycyjne czy dostosowanie lub doposażenie pomieszczeń.

REZULTAT 1											
Termin realizacji działań	Nr działania	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.										
	2.										
	3.										
Indykatywne źródła finansowania	1. Działanie bezkosztowe 2. Środki publiczne 3. RPO na lata 2021–2027 (inwestycje, dostosowanie pomieszczeń, wyposażenie, dodatkowe usługi nieujęte w ramach sieci DDOM) Środki publiczne										
Koordinacja	1. MZ we współpracy z NFZ 2. MZ, NFZ 3. IZ RPO, MZ, NFZ										

#### Rezultat 2

**Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób – do końca 2030 r.**

#### Działania

##### 1. Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r.

Przewiduje się opracowanie standardu realizacji usług medycznych w Dziennych Centrach Wsparcia Pamięci (DCWP), który następnie zostanie przetestowany w ramach projektu pilotażowego.

##### 2. Przeprowadzenie 3-letniego pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2025 r.

Na podstawie opracowanego standardu wsparcia pacjentów i ich opiekunów, planuje się pilotażowe uruchomienie DCWP. Pilotaż ma objąć obszar wszystkie 16 województw kraju. Przewiduje się, że pilotaż DCWP będzie realizowany przez okres 3 lat, w trakcie którego w każdym województwie powstałoby co najmniej jedno DCWP.

Każde z DCWP będzie prowadzone przez podmiot leczniczy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi przez DCWP zostaną objęte osoby mające prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ramach pilotażu zostaną uruchomione następujące formy wsparcia:

- dzienna opieka medyczna dla osób z chorobą Alzheimera lub innymi zaburzeniami otępiennymi oraz innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci;

- edukacja opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi albo innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci;
- wsparcie psychologiczne dla opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi albo innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci;
- wstępne badania przesiewowe dla osób z objawami zaburzeń otępiennych;
- punkt informacji na temat dostępnego wsparcia ze strony pomocy społecznej.

DCWP w założeniu ma zapewnić chorym profesjonalną opiekę w ciągu dnia oraz wsparcie ich opiekunów nieformalnych, a także przyczyni się do poprawy dostępu do wczesnej diagnostyki i wykrywalności zaburzeń otępiennych.

### 3. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej – do końca 2025 r.

Pilotaż wsparcia w DCWP zostanie poddany ewaluacji oraz ocenie, w jaki sposób dane procedury mogą systemowo kwalifikować się do dofinansowania ze środków publicznych, tj. czy cechuje je wystarczająca efektywność i skuteczność kliniczna.

### 4. Tworzenie i finansowanie działalności dodatkowych Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci funkcjonujących na podstawie standardu wypracowanego w ramach przeprowadzonego pilotażu – do końca 2030 r.

Na podstawie przeprowadzonego pilotażu i wypracowanego standardu funkcjonowania Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci planuje się tworzenie i finansowanie nowych placówek udzielających wsparcia w tym zakresie na poziomie poszczególnych regionów.

### 5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej – do końca 2030 r.

W przypadku pozytywnych wyników ewaluacji przeprowadzonego pilotażu planuje się włączenie usług Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci do świadczeń gwarantowanych udzielanych w opiece długoterminowej poprzez nowelizację przepisów z zakresu realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

REZULTAT 2												
	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Termin realizacji działań	1.											
	2.											
	3.											
	4.											
	5.											
Indykatywne źródła finansowania	1. Krajowy Program na lata 2021–2027 finansowany ze środków EFS+ 2. Krajowy Program na lata 2021–2027 finansowany ze środków EFS+ 3. Krajowy Program na lata 2021–2027 finansowany ze środków EFS+ 4. RPO na lata 2021–2027 5. Budżet NFZ											

**Koordinacja**

1. MZ
2. MZ
3. MZ
4. IZ RPO, MZ
5. MZ we współpracy z NFZ



## ROZWÓJ FORM OPIEKI DOMOWEJ

**CEL SZCZEGÓŁOWY:** Zwiększenie dostępu do opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanej w warunkach domowych

### *Diagnoza*

Mimo, że liczba świadczeniodawców opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych w ostatnich latach sukcesywnie spada, to liczba udzielanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielonych w warunkach domowych, w tym w szczególności w ramach opieki pielęgniarstwa, wykazuje tendencję wzrostową. Należy zwrócić uwagę na dane wskazujące, iż liczba świadczeniobiorców korzystających z opieki długoterminowej domowej jest wyższa niż liczba świadczeniobiorców korzystających z opieki długoterminowej instytucjonalnej.

Rozwój opieki i wsparcia udzielanego w warunkach pozainstytucjonalnych, w środowisku lokalnym, w miarę możliwości w domu pacjenta lub jego rodziny, jest jednym z głównych kierunków rozwoju opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Niemniej jednak znaczącym ograniczeniem w tym procesie są kurczące się zasoby profesjonalnego personelu medycznego, w szczególności kadry pielęgniarstwa, która jest podstawą opieki udzielanej w warunkach domowych. Ograniczenia kadrowe, przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na usługi opiekuńcze dla tej grupy pacjentów, stanowią ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Perspektywa zaprojektowania odpowiednich rozwiązań w tym zakresie wymaga bowiem uwzględnienia zarówno potrzeb i oczekiwań zdrowotnych pacjentów, jak też aktualnych zasobów i możliwości organizacyjnych systemu.

Biorąc pod uwagę zakres wsparcia udzielanego pacjentom ze względu na stan zdrowia, w szczególności w warunkach domowych, warto zauważyć, że pewna część tych osób wymaga ze strony personelu medycznego w dużej mierze bieżącej pomocy i wsparcia w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych, utrzymania lub przywrócenia samodzielności i codziennej aktywności, zapewniania bieżącego bezpieczeństwa i higieny czy też pomocy w przyswajaniu zachowań prozdrowotnych.

Również dla części pacjentów z nieuleczalnymi i postępującymi chorobami codzienna opieka zdrowotna realizowana w ramach hospicjum domowego – poza zapobieganiem bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzaniem – opiera się w znaczącym stopniu na codziennej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności takich jak czynności higieniczno-pielęgnacyjne, profilaktyce przeciwoleżynowej oraz wsparciu w użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego.

W obu powyższych przypadkach wymienione obowiązki w dużej mierze pokrywają się z zakresem czynności przewidzianych do realizacji przez opiekunów medycznych. Należy jednak zaznaczyć, że opiekunowie medyczni są obecnie zaangażowani jedynie w realizację świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych (w ZOL/ZPO i hospicjach stacjonarnych), nie uczestniczą natomiast w udzielaniu tych zakresów świadczeń w warunkach domowych.

Opiekunowie potrzebują jednocześnie różnorodnego sprzętu wspierającego ich w pielęgnowaniu osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, a także chroniącego samych opiekunów przed przeciążeniem fizycznym. Często dostęp do takiego sprzętu jest bardzo ograniczony, szczególnie w małych miejscowościach i warunkowany posiadaniem formalnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

## Rezultat 1

**Zwiększenie liczby świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez ich realizację przez opiekunów medycznych w warunkach domowych – od początku 2023 r.**

### Działania

**1. Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych – do końca 2023 r.**

W celu poprawy dostępu do usług opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych, a także optymalizacji organizacji udzielania tychże świadczeń, planuje się większe włączenie opiekunów medycznych do ich realizacji poprzez wprowadzenie stosownych zmian w zakresie wymogów kadrowych w ramach przepisów prawnych dotyczących warunków realizacji tych zakresów świadczeń.

Zgodnie z założeniami dla ww. zmian, opiekun medyczny ma przejąć przeprowadzanie prostych czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych wykonywanych dotychczas przez pielęgniarki opieki długoterminowej. Ma to pozwolić na zagospodarowanie aktualnych zasobów kadrowych opiekunów medycznych oraz odciążyc dotychczasowy personel pielęgniarski w przeważającej mierze udzielający tychże świadczeń. Jest to szczególnie istotne ze względu na rosnące niedobory personelu pielęgniarskiego w Polsce oraz zmniejszający się potencjał zastępowalności pokoleniowej wśród tych kadr.

REZULTAT 1												
Termin realizacji działań	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.											
Indykatywne źródła finansowania	1. Budżet NFZ											
Koordinacja	1. MZ we współpracy z NFZ											

## ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI

### CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny

#### Diagnoza

Wzrost popytu na opiekę zdrowotną w związku ze zmianami demograficznymi i starzeniem się społeczeństwa wiąże się z koniecznością zwiększenia efektywności udzielania usług medycznych w skali systemowej. Innowacyjne formy opieki, obejmujące m.in. zdalne systemy monitorowania i wsparcia, mogą stanowić odpowiedź na te wyzwania. Kluczowym elementem takich zmian jest rozwój i upowszechnienie rozwiązań z zakresu telemedycyny (lub szerzej zdrowia cyfrowego), która posiada istotny potencjał zwiększenia efektywności aktualnych zasobów ochrony zdrowia i optymalizacji wydatków z nimi związanych.

Raport *E-zdrowie oczami Polaków* z lutego 2018 r. wskazuje, że potencjał rozwiązań telemedycznych dostrzegają zarówno pacjenci, jak i lekarze. Obie grupy wskazały, że telemedycyna nie jest w Polsce wystarczająco rozwinięta (65,2% pacjentów; 80% lekarzy) oraz że czynności związane z biurokracją w ochronie zdrowia pochłaniają zbyt wiele czasu i uwagi lekarzy (72% pacjentów i 66% lekarzy). Rozwijanie usług cyfrowych może przynieść wymierne korzyści w postaci m.in. zwiększenia efektywności opieki nad pacjentem. W grupie przebadanych osób pozytywna opinia na temat telemedycyny jest szczególnie widoczna wśród osób w wieku powyżej 60. roku życia (69,6% pacjentów w tym wieku uważa, że rozwój telemedycyny wpłynie pozytywnie na sytuację społeczną), co wskazuje na istotną rolę i potencjał rozwiązań telemedycznych dla osób starszych.

Narzędzia e-zdrowia, w tym także telemedycyna, mogą być stosowane zarówno w odniesieniu do chorób przewlekłych, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego (m.in. poprzez konsultacje na odległość, zastosowanie urządzeń monitorujących stan zdrowia, urządzeń mobilnych, technologii ubieralnych), jak również wielu powszechnych chorób cywilizacyjnych (poprzez promowanie zdrowego stylu życia z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi komunikacji, odpowiednią dietę i aktywność fizyczną oraz zapewnienie wsparcia w indywidualnym doborze badań profilaktycznych).

Ponadto w Polsce istnieją grupy społeczne, które ze względu na sytuację społeczno-ekonomiczną wymagają pilnego wsparcia w celu wyrównania dostępu do usług medycznych. Osoby te zamieszkują z reguły obszary nieurbanizowane, znajdujące się w znacznym oddaleniu (kilkadziesiąt km) od ośrodków zdrowia i często charakteryzują się niskim dochodem. Do tej grupy często zaliczają się osoby starsze i inne osoby ze szczególnymi potrzebami. Dojazdy na wizyty u lekarzy specjalistów są dla tych osób niejednokrotnie trudne lub wręcz niemożliwe m.in. z uwagi na ograniczone zasoby finansowe, czas potrzebny na podróż i ograniczenie mobilności. W związku z tym osoby te często przerywają proces diagnozowania bądź leczenia nie realizując zaleceń lekarzy prowadzących. Wsparcie tych grup jest niezbędne w celu zwiększenia dostępu i jakości świadczeń opieki zdrowotnej, ale także poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia. Osiągnięcie takich rezultatów ma być możliwe m.in. dzięki zastosowaniu na szerszą skalę nowych technologii wspierających proces udzielania usług medycznych.

## Rezultat 1

### Realizacja wypracowanych procedur telemedycznych w wybranych dziedzinach medycyny w ramach świadczeń gwarantowanych – od 2027 r.

#### Działania

##### 1. Opracowanie standardów procedur telemedycznych – do końca 2021 r.

Zakłada się powołanie zespołu ekspertów, którego zadaniem będzie opracowanie standardów procedur telemedycznych. W celu poprawy dostępności i jakości usług medycznych, w tym dedykowanych osobom starszym i innym osobom ze szczególnymi potrzebami, ma zostać przygotowanych 7 modeli w wybranych dziedzinach medycyny.

##### 2. Opracowanie modeli procedur telemedycznych w wybranych dziedzinach medycyny – do końca 2021 r.

Grupy ekspertów na podstawie przeprowadzonych analiz mają wypracować propozycje modeli świadczeń telemedycznych, które następnie zostaną przetestowane w projektach pilotażowych.

##### 3. Przeprowadzenie pilotaży procedur telemedycznych pod względem możliwości rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2024 r.

W wybranych podmiotach mają zostać pilotażowo wdrożone procedury telemedyczne zgodne z opracowanymi modelami świadczeń telemedycznych. Działanie takie pozwoli na ocenę skuteczności proponowanych rozwiązań i możliwości ich wdrożenia na szerszą skalę.

##### 4. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonych pilotaży i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2025 r.

Wdrożenia pilotażowe mają zostać poddane ewaluacji oraz ocenie, czy dane procedury mogą kwalifikować się do dofinansowania ze środków publicznych, tj. czy cechuje je wystarczająca efektywność i skuteczność kliniczna.

##### 5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych procedur telemedycznych do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2027 r.

Przewiduje się, że przetestowane i zatwierdzone rozwiązania dotyczące procedur telemedycznych zostaną wprowadzone do systemu świadczeń gwarantowanych.

REZULTAT 1												
	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Termin realizacji działań	1.											
	2.											
	3.											
	4.											
	5.											
Indykatywne źródła	1. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (projekt telemedyczny) 2. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (projekt telemedyczny)											

<b>finansowania</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (część konkursowa)</li> <li>4. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (projekt telemedyczny)</li> <li>5. Budżet NFZ</li> </ol>
<b>Koordinacja</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. MZ</li> <li>2. MZ</li> <li>3. MZ</li> <li>4. MZ</li> <li>5. MZ we współpracy z NFZ</li> </ol>

## WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH

**CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych**

### Diagnoza

Formalna opieka domowa stanowi w Polsce nadal zbyt małą część wszystkich usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Wzrost liczby pacjentów objętych opieką długoterminową obserwuje się przede wszystkim w placówkach opieki stacjonarnej, natomiast odsetek usług opieki udzielanej w warunkach domowych zwiększa się dużo wolniej.

Mimo znaczącego rozwoju zarówno publicznych, jak i prywatnych usług opiekuńczych kluczową rolę pełni nadal opieka zapewniana przez rodzinę i bliskich osób chorych. Opiekunami nieformalnymi osoby zależnej są członkowie rodziny lub inne bliskie osoby (w większości kobiety w średnim wieku), którzy pełnią tę opiekę nieodpłatnie.

W 2010 r. w Polsce praca opiekuńcza nad osobami spoza własnego gospodarstwa domowego stanowiła 53% całości pracy niezarobkowej wykonywanej w kraju, co przełożyło się na wypracowanie 0,77 mln etatów. Opieka nad chorymi i osobami starszymi stanowiła niemal 1/3 ogółu pracy opiekuńczej<sup>87</sup>.

Opiekunowie nieformalni nie są rejestrowani, z wyjątkiem nielicznych osób, którzy pobierają np. specjalny zasiłek opiekuńczy. Próba oszacowania liczby nieformalnych opiekunów osób starszych w Polsce podjęta została po raz pierwszy właśnie w ramach międzynarodowego projektu EUROFAMCARE, realizowanego w latach 2003–2004. Na podstawie tego badania oszacowano liczbę osób starszych z niepełnosprawnościami lub wymagających pomocy w wykonywaniu codziennych czynności na ok. 2 mln<sup>88</sup>.

Do przyczyn wysokiego poziomu zaangażowania opieki nieformalnej w Polsce należą przede wszystkim tradycyjne stosunki rodzinne oraz wysoki współczynnik współzamieszkania (częste przypadki zamieszkiwania osób starszych ze swoimi dziećmi). Warto przy tym podkreślić, że opieka sprawowana przez rodzinę ma dla osoby chorej i wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozytywne skutki społeczne i zdrowotne – obecność bliskich oraz pozytywne relacje z rodziną mają bowiem szczególne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa i komfortu życia.

Skuteczna opieka wymaga od opiekunów nieformalnych wielu kompetencji i poświęceń, jednak w wielu przypadkach opiekunowie nie posiadają wystarczającej wiedzy, umiejętności i wsparcia umożliwiającego właściwe sprawowanie codziennej opieki.

Tymczasem okazuje się, że opiekunowie często nie posiadają nawet podstawowej wiedzy o dostępnych rozwiązaniach mogących ułatwić im sprawowanie opieki, takich jak świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej, domowe zabiegi rehabilitacyjne, dostęp do sprzętu ortopedycznego i pomocniczego, system dofinansowań takiego sprzętu oraz warunki jego uzyskania<sup>89</sup>. Wiedza ta jest istotna przede wszystkim na początkowym etapie opieki.

<sup>87</sup> *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej – raport z badania*, ROPS Kraków, Kraków 2015, s. 7.

<sup>88</sup> *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej – raport z badania*, ROPS Kraków, Kraków 2015, s. 8.

<sup>89</sup> Raclaw M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, J. Hryniewicz (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 76.

Badanie potrzeb opiekunów nieformalnych w zakresie wiedzy i umiejętności przydatnych w pełnieniu funkcji opiekuńczych wobec bliskich w starszym wieku, wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wskazuje, że najważniejszymi zakresami wsparcia edukacyjnego opiekunów są:

- nauka zasad udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach kryzysowych;
- przyswojenie praktycznych sposobów obsługi pacjentów obłożnie chorych, przebywających w łóżku (zmiana pieluch, zmiana pościeli, karmienie i higiena osobista);
- umiejętność przeprowadzenia prostych zabiegów medycznych, administrowania lekami, oklepywania zapobiegającego odleżynom, wykorzystywania elementów fizjoterapeutycznych i wykonywania prostych masażu, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran;
- sposób opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi;
- prewencja upadków.

Również dla utrzymania dobrej jakości życia opiekuna w czasie opieki nad chorym duże znaczenie ma wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i najbliższego otoczenia (sąsiadów, lokalnych władz i instytucji). Niemniej ważny jest także pozytywny przekaz międzypokoleniowy oraz wcześniejsze doświadczenia dotyczące opieki w rodzinie nad osobą potrzebującą pomocy w chorobie w warunkach domowych. Natomiast do czynników obniżających jakość życia opiekuna zalicza się najczęściej zmiany dotyczące jakości relacji między pacjentem a opiekunem, poczucie braku kontroli nad sytuacją i braku wpływu, konflikty rodzinne, problemy w innych relacjach międzyludzkich, brak akceptacji pomocy ze strony rodziny, zmiany sposobu spędzania czasu wolnego, brak doświadczenia i umiejętności w adekwatnym postępowaniu z chorym<sup>90</sup>. Częstokroć utrudnione jest łączenie pracy zawodowej i aktywności społecznej z opieką nad osobą zależną, co prowadzi do znacznego zubożenia gospodarstw domowych, pogorszenia stanu zdrowia zarówno opiekuna jak i osoby zależnej. Ze względu na brak szerokiego dostępu do systemowego wsparcia realizacja opieki najczęściej negatywnie wpływa na jakość życia opiekuna.

Sprawowanie opieki w domu nad przewlekle chorymi z deficytem sprawności funkcjonalnej dla wielu opiekunów staje się trudnym wyzwaniem. Poprawa jakości życia może być istotnym celem postępowania terapeutycznego, sprzyjającym zapewnieniu optymalnej opieki nad chorym w warunkach domowych<sup>91</sup>.

Wraz z długością trwania opieki pogarsza się stan somatyczny opiekunów, co czyni ich bardziej podatnymi na negatywne skutki stresu. Dłuższy czas opieki związany jest ze zwiększonym obciążeniem, występowaniem objawów depresyjnych i lękowych, a tym samym z pogorszeniem samooceny stanu zdrowia i obniżeniem jakości życia opiekuna. Pogorszenie się jakości życia opiekuna może być powodem niewystarczającej pomocy udzielanej osobom z niską sprawnością funkcjonalną w środowisku domowym. Napięcie związane z wykonywaniem zadań opiekuńczych, w połączeniu z poczuciem uwięzienia roli opiekuna, należą do głównych powodów, dla których opiekunowie decydują się na instytucjonalizację opieki dla swoich bliskich<sup>92</sup>.

Dlatego też niezbędne jest zapewnienie opiekunom nieformalnym także wsparcia psychologicznego, dającego szansę na zapobieganie i leczenie zaburzeń, które mogą się pojawić w sytuacji długotrwałego wykonywania zadań opiekuńczych wobec starszych osób bliskich.

---

<sup>90</sup> Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej, Kachaniuk H, Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K. [w:] *Geriatrics* 2018, nr 12, s. 75.

<sup>91</sup> Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej, Kachaniuk H, Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K. [w:] *Geriatrics* 2018, nr 12, s. 75.

<sup>92</sup> Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej, Kachaniuk H, Bartoszek A., Ślusarska B., Nowicki G., Kocka K., Deluga A., Piasecka K. [w:] *Geriatrics* 2018, nr 12, s. 81.



Wsparcie psychologiczne dla opiekunów daje możliwość podtrzymania lub poprawy zdolności do utrzymania właściwych relacji z pacjentem, zapobiegające depresji i „wypaleniu” opiekunów<sup>93</sup>.

Ze względu na duże znaczenie opieki nieformalnej oraz niezaspokojone potrzeby po stronie opiekunów nieformalnych w zakresie zapewnienia wielokierunkowego wsparcia systemowego w sprawowaniu codziennej opieki przewiduje się podjęcie kompleksowych działań ukierunkowanych zarówno na podniesienie kompetencji opiekuńczych tej grupy osób (z uwzględnieniem różnych problemów związanych z poszczególnymi jednostkami chorobowymi i zakresami opieki), jak również umiejętności radzenia sobie z ciężarem tej opieki w kontekście potrzeby utrzymania aktywności w życiu prywatnym i zawodowym.

Należy dążyć do zapewnienia opiekunom nieformalnym odpowiedniego wsparcia w środowisku lokalnym – oprócz zapewnienia dostępu do świadczeń opiekuńczych w warunkach domowych lub środowiskowych, niezwykle istotna jest również organizacja kompleksowego wsparcia informacyjnego, edukacyjnego i psychologicznego.

Osobom chorym na choroby otępienne i ich opiekunom niejednokrotnie brakuje rzetelnej i kompleksowej informacji na temat dostępnych form pomocy i opieki oraz specyfiki samej choroby, a także możliwości uzyskania porady i wsparcia emocjonalnego w codziennym radzeniu sobie z ciężarem choroby i opieki. Znajomość objawów (w tym zmian emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych) i perspektywy dalszego postępowania choroby oraz dostępnych form pomocy dla osób chorych i opiekunów może w znaczący sposób wpływać na jakość życia zarówno opiekuna, jak i samego chorego. Może m.in. zmniejszać poczucie bezradności towarzyszące chorobie oraz wspierać aktywne radzenie sobie z codziennymi problemami z nią związanymi.

Wymienione powyżej obszary wsparcia mają szczególne znaczenie ze względu na fakt, że opiekunowie nieformalni niejednokrotnie już należą, bądź niebawem będą należeć, do grupy osób starszych, a tym samym odpowiednio szybkie wdrożenie działań zapobiegawczych i wspierających ich codzienne funkcjonowanie w kontekście sprawowania opieki wydaje się kluczowe dla wydłużenia ich lat w zdrowiu, sprawności i samodzielności, a tym samym również opóźnienia konieczności umieszczenia swojego podopiecznego w opiece instytucjonalnej.

## Rezultat 1

**Podniesienie kompetencji opiekuńczych opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zakresu opieki nad tymi osobami – do końca 2030 r.**

## Działania

**1. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.**

Planuje się, że wybrani eksperci opracują ramowy program szkoleń, na podstawie którego realizatorzy szkoleń przeprowadzą stosowne zajęcia dla uczestników w przedmiotowym zakresie. Jako baza powinny posłużyć doświadczenia z projektów już realizowanych w tym zakresie.

<sup>93</sup> Badania dotyczące opiekunów nieformalnych w Polsce przeprowadzono również w ramach międzynarodowego projektu *Nurse Managed Care for Elderly* – NMCE, którego polskim partnerem był zespół WSINF z Łodzi. Celem przedsięwzięcia było określenie potrzeb edukacyjnych opiekunów formalnych i nieformalnych, opracowanie dróg wspierania opiekunów nieformalnych jako osób dorosłych oraz podniesienie poziomu kompetencji i jakości opieki zdrowotnej świadczonej przez opiekunów – na podstawie: Janowicz A., *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia. Przyczynek do badań w ramach projektu, European Palliative Care Academy (EUPCA), Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2014, tom 4, nr 2, s. 163.

## 2. Organizacja i przeprowadzenie lokalnych szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030 r.

Planuje się, że szkolenia będą się odbywały na terenie całej Polski, w środowiskach lokalnych – blisko miejsca zamieszkania uczestników, a także w formie zdalnej w postaci szkoleń online. Przeprowadzenie szkoleń ma na celu podniesienie wiedzy i umiejętności opiekunów nieformalnych osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zakresie opieki nad tymi osobami, co pozwoli poprawić jakość i bezpieczeństwo opieki sprawowanej przez nich w domu. Ponadto podczas szkoleń uczestnicy będą mogli zwiększyć swoją wiedzę na temat objawów chorobowych w wybranych chorobach charakterystycznych dla starszego wieku, w tym zaburzeniach otępiennych i innych zaburzeniach pamięci.

REZULTAT 1												
Termin realizacji działań	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.											
	2.											
Indykatywne źródła finansowania	1. Środki NPZ do 2030 r. 2. Środki RPO na lata 2021–2027											
Koordinacja	1. MZ 2. IZ RPO, MZ											

### Rezultat 2

**Poprawa stanu zdrowia psychofizycznego i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2030 r.**

### Działania

#### 1. Opracowanie programu realizacji pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.

W celu przeprowadzenia pilotażu wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych planuje się opracowanie założeń realizacji pilotażu, w tym programu poszczególnych form wsparcia psychologicznego, przez odpowiednich ekspertów w konsultacji z innymi wymaganymi podmiotami.

#### 2. Przeprowadzenie pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1 000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r.

Wsparcie psychologiczne i profilaktyki zdrowia psychofizycznego, w tym w postaci sesji terapii grupowej, dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi, zostaną pilotażowo wdrożone przez wybrane podmioty na podstawie opracowanego programu pilotażowego, w tym programu

wsparcia psychologicznego. Realizacja pilotażu pozwoli na ocenę skuteczności zaproponowanych rozwiązań wspierających i możliwości ich wdrożenia na szerszą skalę.

**3. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.**

Po zakończeniu pilotażu realizacja poszczególnych form wsparcia psychologicznego i ich rezultaty mają zostać poddane kompleksowej ocenie pod względem trafności i efektywności zastosowanych rozwiązań oraz możliwości ich włączenia do systemu publicznej ochrony zdrowia w ramach profilaktyki zdrowotnej.

**4. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.**

W przypadku pozytywnych wyników ewaluacji przeprowadzonego pilotażu planuje się włączenie przetestowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych do systemu publicznej ochrony zdrowia w ramach realizacji profilaktyki zdrowotnej poprzez zapobieganie chorobom psychosomatycznym i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem opiekunów nieformalnych.

REZULTAT 2												
	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Termin realizacji działań</b>	1.											
	2.											
	3.											
	4.											
<b>Indykatoryjne źródła finansowania</b>	1. Środki NPZ 2021–2025 2. Środki NPZ 2021–2025 3. Środki NPZ 2021–2025 4. Budżet NFZ											
<b>Koordinacja</b>	1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ we współpracy z NFZ											

*Rezultat 3*

**Zapewnienie profesjonalnej telefonicznej informacji na temat zaburzeń otępiennych oraz wsparcia psychologicznego dla opiekunów i chorych – do końca 2030 r.**

*Działania*

**1. Opracowanie założeń pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunów – do końca 2022 r.**

Dla celów przeprowadzenia pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób chorych na otępienia i ich opiekunów planuje się opracowanie przez wybranych ekspertów założeń realizacji poszczególnych działań w tym zakresie.

**2. Przeprowadzenie pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla co najmniej 30 000 osób z zaburzeniami otępiennymi oraz ich opiekunów – do końca 2025 r.**

Pilotażowe uruchomienie telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla osób chorych na otępienia i ich opiekunów pozwoli na udzielenie osobom zgłaszającym się bieżących informacji m.in. na temat przebiegu choroby, dostępnych usług społecznych stanowiących wsparcie dla osób chorych i ich opiekunów, kwestii prawnych, a także zapewnienie wsparcia emocjonalnego oraz pomocy w zakresie radzenia sobie z chorobą.

**3. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości dalszego finansowania infolinii ze środków krajowych – do końca 2026 r.**

Po zakończeniu pilotażu jego rezultaty mają zostać poddane kompleksowej ocenie pod względem trafności i efektywności zastosowanych rozwiązań oraz możliwości ich włączenia do systemu publicznej ochrony zdrowia w ramach profilaktyki zdrowotnej.

**4. Utrzymanie funkcjonowania infolinii ze środków krajowych – do końca 2030 r.**

Ewentualne dalsze utrzymanie działania infolinii planuje się w ramach kontynuacji realizacji Narodowego Programu Zdrowia lub krajowego planu w zakresie demencji.

REZULTAT 3												
	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Termin realizacji działań</b>	1.											
	2.											
	3.											
	4.											
<b>Indykatywne źródła finansowania</b>	1. Środki NPZ do 2030 r. 2. Środki Krajowego Programu na lata 2021–2027 finansowany ze środków EFS+ 3. Środki Krajowego Programu na lata 2021–2027 finansowany ze środków EFS+ 4. Środki NPZ do 2030 r./środki przewidziane na realizację krajowego planu w zakresie demencji											
<b>Koordinacja</b>	1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ											

## KOORDYNACJA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

**CEL SZCZEGÓŁOWY:** Zwiększenie dostępu do kompleksowej informacji na temat dostępnego wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów

### *Diagnoza*

Istotnym problemem systemowym wpływającym na właściwe korzystanie z przysługujących świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych dostępnych usług zdrowotnych jest niska świadomość i wiedza społeczna na temat dostępnych form opieki i wsparcia publicznego.

Osoby starsze wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wymagające ze względu na swój stan zdrowia określonej formy opieki, pielęgnacji lub innego rodzaju wsparcia, jak również ich opiekunowie nieformalni, mają niejednokrotnie problem z poruszaniem się w obrębie systemu ochrony zdrowia oraz otrzymaniem przysługującej im pomocy.

Brakuje kompleksowej bazy informacji na temat dostępnej oferty świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia zdrowotnego, jak również innych kwestii użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, w ramach którego osoby te mogłyby w sposób szybki i łatwy uzyskać niezbędne informacje i pomoc (m.in. w zakresie dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych usług o charakterze zdrowotnym, innych wspierających działań o charakterze prozdrowotnym realizowanych regionalnie i lokalnie oraz danych teleadresowych instytucji i podmiotów udzielających takiego wsparcia oraz innych informacji użytecznych w codziennym radzeniu sobie z chorobą lub rolą opiekuna, np. dotyczących przebiegu danych chorób, objawów towarzyszących itp.).

Również pracownicy instytucji i placówek uczestniczących w udzielaniu opieki i wsparcia zdrowotnego starszym pacjentom i ich opiekunom najczęściej nie posiadają wystarczającej wiedzy, aby odpowiednio pokierować pacjentów i ich bliskich w zakresie wsparcia zdrowotnego wykraczającego poza obszar pomocy udzielanej przez podmioty, w których pracują. Powoduje to sytuację, w której w celu uzyskania dalszego lub dodatkowego wsparcia w innym obszarze ochrony zdrowia pacjenci i ich opiekunowie są zmuszeni szukać informacji w wielu miejscach, co może generować problemy w uzyskaniu właściwej pomocy.

W konsekwencji niewystarczającej świadomości i wiedzy na temat dostępnego wsparcia publicznego niejednokrotnie proces otrzymania oczekiwanej pomocy może ulec wydłużeniu lub nawet stać się niemożliwy, a tym samym może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta oraz zwiększeniem obciążenia codzienną opieką u jego opiekuna nieformalnego. Ponadto brak wiedzy na temat jasnych zasad i warunków objęcia danym wsparciem może wzmagać u tych osób poczucie bezsilności, marginalizacji i izolacji społecznej, co również może negatywnie oddziaływać na ogólną jakość życia, w tym związaną ze zdrowiem, ale też obniżać zaufanie do instytucji publicznych.

Ułatwieniem dla pacjentów i ich opiekunów w zakresie poruszania się po systemie opieki zdrowotnej byłoby udostępnienie online w jednym miejscu wszelkich niezbędnych, aktualizowanych na bieżąco i prezentowanych w przystępny sposób informacji na temat dostępnych usług i świadczeń dedykowanych osobom starszym i wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunom. Taka baza informacyjna powinna obejmować informacje m.in. na temat zasad kwalifikacji do objęcia określonym wsparciem, instytucji i placówek decydujących o objęciu danym wsparciem, dokumentacji niezbędnej do otrzymania określonej formy wsparcia, a także innych ważnych informacji i porad przydatnych dla opiekunów nieformalnych dotyczących np. objawów chorobowych, codziennej opieki nad chorym i problemów z nią związanych.

W ramach koordynacji działań informacyjnych planuje się wielokierunkowe wsparcie informacyjne dla osób starszych ze względu na wiek i stan zdrowia, w tym w związku z wielochorobowością, przewlekłymi i nieuleczalnymi chorobami onkologicznymi i nieonkologicznymi oraz zaburzeniami otępiennymi (choroba Alzheimera i inne postępujące zaburzenia pamięci o charakterze neurodegeneracyjnym) oraz ich opiekunów nieformalnych. Ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa, a co za tym idzie również wzrost rozpowszechnienia chorób i ograniczeń funkcjonalnych, których ryzyko wzrasta z wiekiem, dostęp w jednym miejscu do kompleksowej informacji na temat istniejących form wsparcia, pomocy i opieki (w szczególności oferowanej w środowisku lokalnym) może w znaczący sposób usprawnić i uskutecznić indywidualny proces diagnostyczny, leczniczy i rehabilitacyjny, a tym samym również wpłynąć na wydłużenie okresu pozostawania pacjenta poza opieką instytucjonalną.

#### Rezultat 1

**Stworzenie kompleksowej bazy informacji dostępnej online na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów – do końca 2030 r.**

#### Działania

**1. Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.**

Planuje się wybór podmiotu, który zbierze informacje na temat systemu wsparcia zdrowotnego (z uwzględnieniem działań realizowanych regionalnie) oraz innych kwestii (np. dotyczących przebiegu danych chorób, objawów towarzyszących itp.) użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, a następnie na tej podstawie opracowanie kompleksowej bazy informacji oraz systemu ich weryfikacji i aktualizacji.

**2. Zamieszczenie na stronie internetowej [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl) informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz ich bieżąca aktualizacja – do końca 2030 r.**

Planuje się udostępnienie zebranych i opracowanych informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów na stronie internetowej [pacjent.gov.pl](http://pacjent.gov.pl). Informacje mają być również zamieszczane i aktualizowane na bieżąco, w przejrzystej i komunikatywnej formie oraz w sposób łatwy do nawigacji, tak aby użytkownicy, do których będą skierowane, mogli łatwo je odnaleźć na stronie i z nich skorzystać.

REZULTAT 2												
Termin realizacji działań	Nr działania	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
	1.											
	2.											
Indykatoryjne źródła finansowania	1. Środki NPZ do 2030 r. 2. Budżet państwa											
Koordynacja	1. MZ 2. MZ											





## SYSTEM REALIZACJI I MONITOROWANIA

*Strategia* ma stanowić politykę publiczną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057). Szczegółowy sposób opracowywania *Strategii* określony jest w przepisach tejże ustawy.

*Strategia* stanowi ramy dla procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. Wskazuje ona m.in.:

- grupy docelowe oraz cele główne strategii do nich przypisane;
- obszary deinstytucjonalizacji w odniesieniu do każdej grupy docelowej oraz cele szczegółowe przypisane do każdego z obszarów;
- rezultaty dla każdego celu szczegółowego oraz działania umożliwiające osiągnięcie zakładanych rezultatów;
- przewidywany okres realizacji poszczególnych działań;
- rodzaj i wysokość środków możliwych do wykorzystania w ramach realizacji poszczególnych działań;
- podmioty koordynujące i zaangażowane w realizację poszczególnych działań;
- wskaźniki monitorowania osiągnięcia rezultatów.

Realizacja *Strategii* wymaga działań w wymiarze prawnym, organizacyjnym, finansowym i informacyjnym, koordynowanych w szczególności przez instytucje administracji publicznej.

*Strategia* jest dokumentem obejmującym działania przewidziane do finansowania zarówno ze środków krajowych, jak i funduszy europejskich. Sposób zarządzania zarówno środkami budżetowymi, jak i środkami funduszy europejskich, jest uregulowany w odrębnych przepisach, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć z tych środków. Realizacja *Strategii* nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

Kontrolę w zakresie prawidłowego wykorzystania środków regulują odpowiednie przepisy prawne, zarówno w zakresie środków krajowych, jak i unijnych. Nie planuje się powołania dodatkowych instytucji do kontroli realizacji działań określonych w *Strategii*.

*Strategia* jest zbiorem działań kierunkowych, które dotyczą obszaru zdrowia, zatem instytucją koordynującą ich realizację jest Ministerstwo Zdrowia we współpracy z innymi instytucjami, w tym Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi. Istotnym elementem w tym zakresie będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w poszczególnych regionach kraju.

### *Finansowanie*

Działania ujęte w *Strategii* ukierunkowane na poprawę sytuacji zdrowotnej osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz ich opiekunów planuje się realizować zarówno ze środków krajowych, jak i ze środków europejskich. W ramach środków krajowych zaplanowane działania mają być wdrażane przede wszystkim ze środków NFZ, ale również m.in. ze środków Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). W przypadku prowadzenia działań w ramach NPZ planuje się ich realizację w trybie konkursowym przez wybranych realizatorów, którzy będą odpowiadać za proces wdrożenia danych rozwiązań na poziomie regionalnym lub ogólnopolskim (w tym za harmonogram działań, dobór narzędzi realizacji, zapewnienie zasobów kadrowych, przeprowadzenie kolejnych działań, ewaluację realizacji projektu itp.).

### Koordinacja

Koordinacja realizacji działań i monitorowania rezultatów co do zasady spoczywa na Ministerstwie Zdrowia, jednak w przypadku działań związanych z finansowaniem włączenia rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych ich koordynatorem ma być NFZ, natomiast w odniesieniu do działań wdrażanych na poziomie regionalnym ze środków europejskich – Instytucje Zarządzające Regionalnymi Programami Operacyjnymi oraz Instytucje Pośredniczące.

### Ewaluacja

W ramach wdrażania *Strategii* nie planuje się ewaluacji działań wynikających z dokumentu DEINTUCJONALIZACJA: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI STARSZYMI.

### Wskaźniki monitorowania

Wdrażanie wskazanych w niniejszym dokumencie działań będzie wiązało się z okresowym monitorowaniem wskaźników zawartych w oczekiwanych rezultatach.

Nadrzędnym założeniem przy konstrukcji wskaźników monitorowania realizacji działań i zakładanych rezultatów tych działań jest osiągnięcie szybszego wzrostu liczby osób w wieku co najmniej 65 lat objętych środowiskową (domową i dzienną) opieką długoterminową niż wzrostu liczby osób objętych całodobową stacjonarną (instytucjonalną) opieką długoterminową.

Pozostałe wskaźniki monitorowania w tym zakresie obejmują również:

- liczbę opiekunów medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej na 10 tys. osób w wieku co najmniej 65 lat;
- liczbę osób w wieku co najmniej 65 lat objętych świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej udzielanymi w warunkach domowych;
- liczbę osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach DDOM;
- liczbę osób w wieku co najmniej 65 lat korzystających z dziennej opieki długoterminowej udzielanej w ramach Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci;
- odsetek osób w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową, w tym w formach środowiskowych.

Zakłada się wzrost wartości każdego z ww. wskaźników w okresie wdrażania *Strategii* (porównanie wyjściowej wartości wskaźnika do jego wartości końcowej).

Źródłem danych dla wybranych do monitorowania celów jest m.in.: statystyka publiczna, dane NFZ, mapy potrzeb zdrowotnych.