

Wsparcie dla osób w podeszłym wieku

Polityka senioralna w kontrolach NIK

MARIA SMERECZYŃSKA

Zmiany demograficzne zachodzące ostatnio w Polsce i innych krajach Europy powodują, że wzrasta odsetek osób powyżej 65. roku życia. Starzenie się społeczeństw ma znaczące konsekwencje ekonomiczne i społeczne, stanowi więc wyzwanie dla różnych instytucji państwa. Najwyższa Izba Kontroli, realizując oczekiwania społeczne, podjęła się zbadania zabezpieczenia medycznego osób starszych i świadczenia im pomocy przez gminy i powiaty. W artykule podjęto próbę podsumowania dotychczasowych wyników kontroli NIK w tej dziedzinie. Wskazują one przede wszystkim, że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, zaś wzrosła oczekujących na udzielenie świadczeń. Brakuje powszechnych, kompleksowych i jednolitych procedur postępowania z potrzebującymi tego rodzaju wsparcia osobami.

Starzenie się społeczeństw¹

Obecnie populacja osób w wieku powyżej 65. roku życia stanowi w naszym kraju 14,7%, a w 2035 r., według przewidywań GUS, będzie wynosiła już 23% (rys. 1, s. 63). Prognozy wskazują również że szybko przybędzie osób dożywających późnej starości. Pojawia się tzw. „fenomen podwójnego starzenia” – czyli szybki wzrost w grupie osób powyżej 60. roku życia tych, którzy mają 80 lat lub więcej. W 1999 r. osiemdziesięciolatek w grupie osób powyżej 60 roku życia stanowili 12%, a w 2050 r., według prognoz GUS,

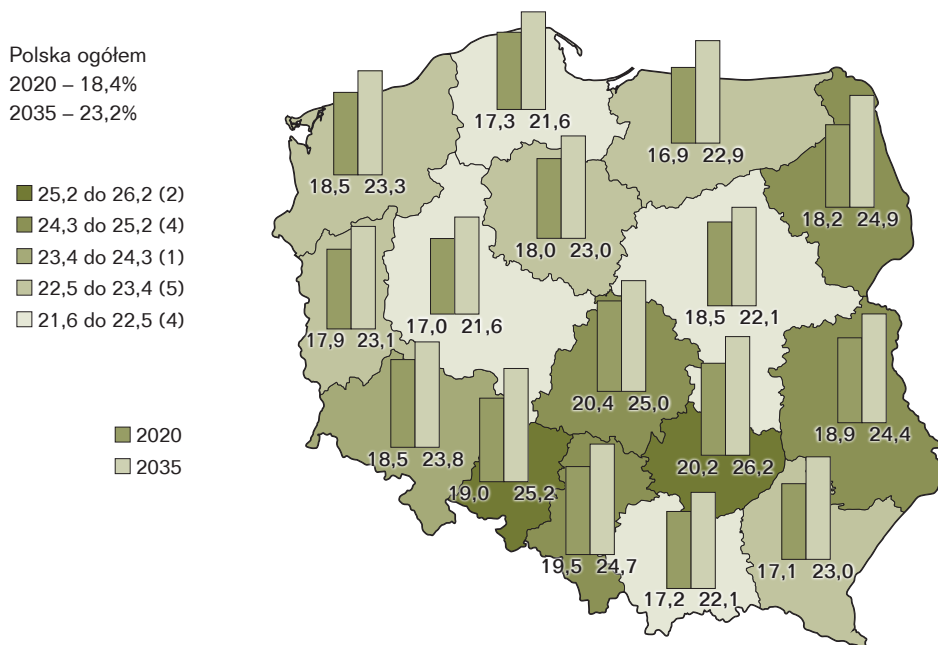
ten udział wyniesie 29% (rys.2, s. 63). Jak widać w naszym społeczeństwie, przy słabych wskaźnikach dzietności wyraźnie przybywa osób starszych, a zwłaszcza tych dożywających późnej starości.

W starzejącym się organizmie człowieka pojawiają się zmiany zanikowe, na które nakładają się coraz liczniej występujące dolegliwości i choroby. W okresie późnej starości występują przede wszystkim choroby zależne od wieku (zwyrodnieniowe, neurodegeneracyjne czy zapalne). Podobnie zmienia się na świecie w ostatnich latach ogólna struktura chorób. Szacuje się, że

¹ Temat prezentowany na seminarium: „Kondycja geriatry w Polsce”, które odbyło się w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich 13.9.2016.

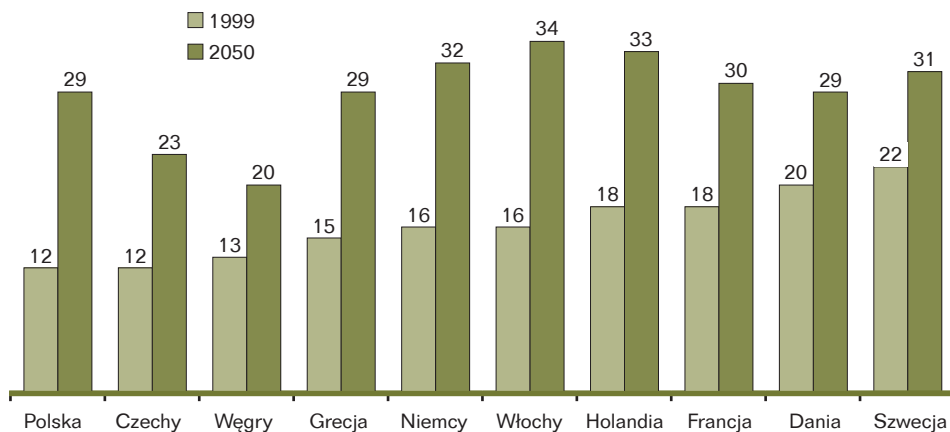


Rysunek 1. **Udział procentowy ludności w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w 2020 r. i 2035 r. w podziale na województwa**



Źródło: Opracowanie GUS.

Rysunek 2. **Odsetek osób w tzw. późnej starości wśród tych w wieku podeszłym w Polsce i innych krajach UE w 1999 r. i 2050 r.**



Źródło: Opracowała prof. Barbara Bień.

w latach dwudziestych obecnego wieku o połowę mniej będzie zachorowań na choroby zakaźne, a wzrośnie liczba przypadków chorób neuropsychiatrycznych i niezakaźnych przewlekłych².

Ponadto starzenie się społeczeństw i postęp w medycynie powodują wzrost wydatków na opiekę medyczną i świadczenia socjalne, a także stanowią wyzwanie organizacyjne dla tych systemów.

Geriatrya wsparciem dla osób starszych

Dziedziną medycyny, która kompleksowo podejmuje problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku jest geriatrya, która zajmuje się zarówno problemami zdrowotnymi, chorobami, jak i opieką oraz pomocą osobom w podeszłym wieku. Geriatrya obejmuje zarówno problemy fizyczne, psychiczne, jak i funkcjonalne czy społeczne dotyczące starszych pacjentów. Pozwala całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego z poszanowaniem odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy życia człowieka. Ma oferować swoim pacjentom holistyczną opiekę multidyscyplinarnego zespołu fachowców.

Takie efekty można osiągnąć w ramach systemu opieki geriatrycznej, w którym powinny funkcjonować oddziały i poradnie

geriatryczne, oddziały dzienne, multidyscyplinarne zespoły szpitalne obsługujące inne niż geriatryczne oddziały oraz zespoły zapewniające łączność z instytucjami opieki społecznej i domowej, zapewniające wsparcie pacjentom i ich rodzinom, także w warunkach domowych. Takie wytyczne przedstawili specjaliści w czasie panelu ekspertów przed rozpoczęciem kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”, natomiast w listopadzie 2015 r. temat podsumowano w czasie seminaryjnego posiedzenia Kolegium NIK, po którym został wydany numer specjalny Kontroli Państwowej³.

Ustalenia kontroli NIK Opieka medyczna

Z uwagi na szybko zmieniającą się sytuację demograficzną, wymuszającą szczególnie zainteresowanie problemami osób starszych oraz sygnalizowane w wielu środowiskach problemy, NIK podjęła kontrole mające ocenić funkcjonowanie opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku⁴.

W resorcie zdrowia sprawdzono jak minister zdrowia kształtuje politykę zdrowotną dotyczącą opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku, jak wygląda kształcenie kadry specjalistów do realizacji tej polityki oraz jak funkcjonuje

² C.J.Murray, A.D.Lopez: *Evidence – based health policy – lesson from the Global Burden of Disease Study*, „Science” 1996; 274 (5288): s.740-743.

³ *Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej*, „Kontrola Państwowa”, numer specjalny, 1/2016.

⁴ Informacja o wynikach kontroli *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym*, nr ewid. 2/2015/P/14/062/KZD, Departament Zdrowia NIK, marzec 2015 r. oraz Informacja o wynikach kontroli *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, nr ewiden. KPS P/15/044, Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny, marzec 2016 r.



współpraca resortu z samorządami i innymi podmiotami w zakresie opieki nad osobami starszymi.

W Narodowym Funduszu Zdrowia zbadano jak wygląda wycena, planowanie i finansowanie oraz zapewnienie dostępu do świadczeń adresowanych do osób w podeszłym wieku. Natomiast w podmiotach świadczeniodawców skontrolowano sposób organizowania świadczeń udzielanych osobom w podeszłym wieku, prawidłowość realizowania umów zawartych z NFZ oraz przebieg współpracy z innymi podmiotami systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej w tym zakresie. W sumie kontrolą objęto 14 różnych jednostek.

Kontrola NIK, przeprowadzona w latach 2014–2015, obejmująca okres od 1 stycznia 2011 r. do zakończenia czynności kontrolnych 3 listopada 2014 r. wykazała, że w Polsce *de facto* nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Stwierdzono, że dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, a także brakuje powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Zmniejszyła się liczba

poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani byli bez konieczności oczekiwania, natomiast wzrosła liczba oczekujących i rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Dostęp do świadczeń geriatrycznych w okresie przeprowadzania kontroli cechowało duże zróżnicowanie terytorialne. Na przykład, w województwie warmińsko-mazurskim nie było ani szpitalnego oddziału geriatrycznego, ani poradni geriatrycznej, również żaden lekarz geriatra nie udzielał świadczeń na podstawie umowy z NFZ. Natomiast najwyższą wartość świadczeń geriatrycznych, zrealizowanych w lecznictwie szpitalnym, zanotowano w województwie śląskim.

Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej⁵, przyjętej przez Radę Ministrów w 2013 r., nie były realizowane w badanym okresie. Przygotowanie ogólne lekarzy do opieki nad osobami w podeszłym wieku było, i wszystko wskazuje, że nadal jest niedostateczne. Brakuje lekarzy geriatrów, a obecny sposób rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych (system Jednorodnych Grup Pacjentów – JGP⁶) stanowi kolejną barierę w rozwoju oddziałów geriatrycznych.

⁵ Rada Ministrów, zauważając istotność i złożoność problemów wynikających ze zmian demograficznych, podjęła Uchwałę nr 238 z 24.12.2013 w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. z 2014 r. poz. 118).

⁶ Jednorodne Grupy Pacjentów, sposób rozliczania usług zdrowotnych przez NFZ. Ideą tego rozwiązania jest stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania (po wykonaniu) danego świadczenia do pewnej grupy ze ściśle zdefiniowanej listy, celem rozliczenia dla płatnika. Praktyczna konstrukcja tego systemu jest wynikiem obserwacji, że pewne grupy pacjentów, często różniące się, wymagają w zasadzie podobnego postępowania, a z drugiej strony, ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami zdrowotnymi, wymaga nierzadko zupełnie innego postępowania. Kwalifikacji do grupy JGP dokonuje się albo na podstawie rozpoznania według międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 (dla leczenia niezabiegowego), albo procedury leczniczej wymienionej na właściwej liście JGP identyfikowanej według kodu klasyfikacji ICD-9.

Przy Ministrze Zdrowia funkcjonował Zespół do spraw Geriatrii/Gerontologii⁷, który opracował „Standardy postępowania w opiece geriatrycznej”⁸. Nie zostały one jednak wprowadzone przez ministra zdrowia w formie powszechnie obowiązującego prawa⁹, co ograniczyło ich wpływ na organizację opieki geriatrycznej, a co za tym idzie także jakość i efektywność leczenia starszych pacjentów¹⁰. Minister zdrowia wprawdzie nie miał, wynikającego z prawa, obowiązku wydania rozporządzenia wymuszającego powszechne stosowanie „Standardów postępowania w opiece geriatrycznej”, tym niemniej NIK zwróciła uwagę, że wydanie takiego dokumentu mogłoby korzystnie wpłynąć na poprawę opieki nad osobami starszymi.

Niewielkie zastosowanie miała wielowymiarowa, interdyscyplinarna procedura Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która służy precyzyjnemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, a także optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego

(tego w starszym wieku z wielochorobowością czyli współwystępowaniem kilku przewlekłych chorób) prowadzona przez zespół geriatryczny i była stosowana wyłącznie w opiece szpitalnej. Skala VES-13 (element COG), służąca do kwalifikowania pacjentów powyżej 60. roku życia do opieki geriatrycznej, nie była wykorzystywana w podstawowej opiece zdrowotnej¹¹. Jest to ważny element, który może pomóc w precyzyjnym zakwalifikowaniu pacjenta do opieki geriatrycznej, jako że nie każda osoba powyżej 65. roku życia musi wymagać takiej opieki. Pacjent „geriatryczny”, wymagający opieki geriatrów, to starsza osoba, u której występuje równocześnie wiele chorób przewlekłych, która ma ograniczoną sprawność funkcjonalną lub u której dysfunkcjonalność będzie się nasilała wraz z nasileniem wielochorobowości, a niespecyficzność objawów chorobowych tej grupy chorych utrudnia ich leczenie.

Należy zaznaczyć, że liczba specjalistów z dziedziny geriatrii, stanowiących podstawę tworzenia systemu opieki geriatrycznej,

⁷ Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z 5.7.2007 w sprawie powołania zespołu do spraw geriatrii (Dz.Urz.MZ nr 11, poz. 41), został powołany zespół opiniodawczo-doradczy. Następnie, zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z 4.12.2008 w sprawie powołania zespołu do spraw gerontologii, został powołany Zespół do spraw Gerontologii (Dz.Urz.MZ nr 13, poz. 87, ze zm.).

⁸ Standardy te stanowią fakultatywne źródło wiedzy dla podmiotów udzielających świadczeń pacjentom w wieku podeszłym, określając między innymi formy organizacyjne opieki geriatrycznej i ich zadania, zakres świadczeń i badań laboratoryjnych, procedury diagnostyczno-terapeutyczne, procedury fizjoterapeutyczne i rehabilitacyjne, procedury psychologiczne, wymogi dotyczące wyposażenia poszczególnych rodzajów podmiotów, kwalifikacje personelu, normy dotyczące liczby specjalistów w stosunku do liczby pacjentów, a także kryteria włączenia pacjenta do poszczególnych form opieki.

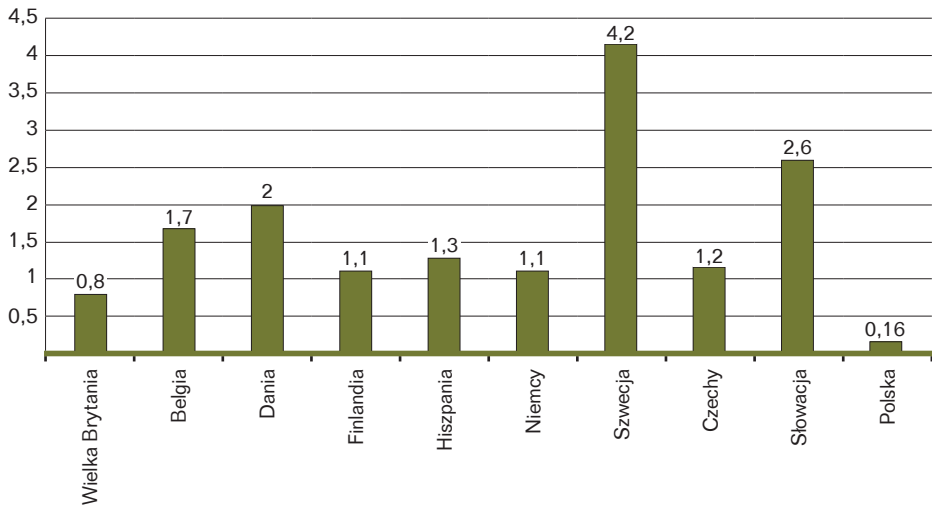
⁹ Przez realizację delegacji ustawowej zawartej w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

¹⁰ Zostały jedynie opublikowane na łamach kwartalnika „Gerontologia Polska”, nr 2/2013, t. 21, s. 33–47.

¹¹ B. Gryglewska, A. Głuszewska, S.Górski, T. Grodzicki: *Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych*, „Gerontologia Polska”, nr 2/2013, t. 21, s. 48–53; M. Kołomecka: *Całościowa Ocena Geriatryczna*, Pracownia Gerontologii UM <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf>.



Rysunek 3. Liczba lekarzy geriatrów na 10 tys. mieszkańców w wieku 65+ w wybranych krajach europejskich



Źródło: Opracowanie: S. Kropińska, K. Wieczorowska-Tobis, „Geriatría” nr 3/2009.

znacznie odbiegała od standardów europejskich (rys.3, s. 67). W Polsce na dzień 31 sierpnia 2014 r. zatrudnionych było 321 specjalistów w dziedzinie geriatry (0,8/100 tys. mieszkańców), bardzo różnie rozmieszczonych na terytorium kraju (od 0,3/100 tys. mieszkańców w woj. opolskim – do 1,46/100 tys. mieszkańców w woj. małopolskim). Obrazu dopełnia niedostateczne kształcenie kadr na potrzeby opieki geriatrycznej. Wykłady z geriatry prowadzone były na uczelniach medycznych wyłącznie jako przedmiot fakultatywny. Natomiast zajęcia praktyczne z zakresu geriatry były prowadzone tylko w pięciu spośród jedenastu uczelni medycznych. Lekarzom POZ, do których w pierwszej kolejności trafiali pacjenci geriatryczni brakowało przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej.

Kontrola, w której badano opiekę medyczną nad osobami w podeszłym wieku dotyczyła także oceny wydatkowania środków na leczenie tej grupy pacjentów. Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów leczenia pacjentów po 60 r. ż., w podziale na trzy grupy wiekowe stwierdzono, iż leczenie pacjentów opuszczających oddziały geriatryczne – czyli dedykowane pacjentom po 60. roku życia, z wieloma chorobami – jest dla płatnika publicznego tańsze – jednostkowo o 1380 zł na jednego pacjenta, w ciągu roku po wyjściu ze szpitala – niż leczenie porównywalnych pacjentów po pobyciu na oddziałach chorób wewnętrznych. Ma to szczególnie duże znaczenie również w obliczu zachodzących zmian demograficznych i rosnącego udziału pacjentów w wieku podeszłym w całym systemie ochrony zdrowia.

U pacjenta w podeszłym wieku bardzo często występuje wiele schorzeń na raz. Natomiast w obowiązującym systemie rozliczania procedur medycznych (JGP) nie ma możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością (współwystępowaniem kilku przewlekłych chorób). Rodzi to sprzeczność między zasadami postępowania medycznego, a wymogami ekonomicznymi, ponieważ leczenie zgodnie z zasadami sztuki medycznej powoduje straty dla placówki, zaś ograniczanie świadczeń z tytułu racjonalizacji wydatków szkodzi pacjentowi.

Z ustaleń kontroli wynika, iż w NFZ planowanie finansowania świadczeń z zakresu „geriatria” nie było poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług. Na przykład uaktualnienie wyceny jednej z ważnych dla geriatryi grup JGP (A35 – choroby zwyrodnieniowe ośrodkowego układu nerwowego) odbyło się bez konsultacji z geriatrami i spowodowało zmniejszenie możliwości rozliczania części przypadków bez spełnienia wygórowanych, nie zawsze korzystnych dla pacjenta warunków.

Mimo wszystkich braków systemu oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, świadczeniodawcy próbowali stawiać na wysokości zadania. W ramach własnych możliwości tworzyli bazę łóżek

geriatrycznych – zwykle jako część oddziałów zachowawczej opieki medycznej (np. interna, endokrynologia, diabetologia) oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną, wykorzystując przy tym nieopublikowane urzędowo standardy opieki geriatrycznej wypracowane przez powołany przy ministrze zdrowia zespół ekspertów.

Pomoc socjalna dla osób starszych w gminach i powiatach

Wielorakie potrzeby osób starszych oraz duże zainteresowanie tematem spowodowały, że Najwyższa Izba Kontroli podjęła kolejne kontrole dotyczące tej grupy społecznej. Na podstawie materiałów z kontroli opracowano też artykuł zamieszczony w Kontroli Państwowej¹².

Zbadano, czy i jak jednostki samorządu terytorialnego zapewniają starszym osobom usługi opiekuńcze w miejscu ich zamieszkania lub pobyt w domach pomocy społecznej (DPS) na poziomie obowiązujących standardów usług; kontrola przeprowadzona w 2015 r. objęła lata 2012–2014. Dotyczyła siedmiu powiatowych centrów pomocy rodzinie, jednego starostwa powiatowego prowadzącego ponadgminny dom pomocy społecznej (DPS), sześciu gminnych i miejskich ośrodków pomocy społecznej i 13 DPS. Zasięgnięto również informacji w 44 jednostkach nieobjętych kontrolą w zakresie sprawowanego

¹² Informacja o wynikach kontroli *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, nr ewid. 208/2015/P/15/044/KPS, marzec 2016 r.; M. Miłoś: *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, „Kontrola Państwowa” nr 3/2016, s. 76-89. W trakcie realizacji są jeszcze dwie inne kontrole, które dotyczą sytuacji osób starszych. Kontrolę, dotyczącą opieki nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcia ich rodzin prowadzi Delegatura NIK w Katowicach. Natomiast drugą, która ma ocenić jak wygląda opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy realizuje Departament Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK.



nadzoru i uwarunkowań z tym związanych. Sprawdzono finansową działalność domów pomocy społecznej oraz sprawowanie nad nimi nadzoru, a także ustalanie miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca DPS. W ośrodkach pomocy społecznej sprawdzono dostępność ustawowych form pomocy osobom starszym oraz prawidłowość realizowanych usług, sposób kierowania potrzebujących do domów pomocy społecznej, a także wymagane standardy usług świadczonych mieszkańcom takich placówek.

Ustalenia wskazują, że w badanych podmiotach, w okresie objętym kontrolą, prawie wszystkie osoby starsze potrzebujące wsparcia, które wystąpiły o przyznanie świadczeń opiekuńczych, otrzymały pomoc, a miejsca w DPS przyznano 90% osób ubiegających się o nie. W kontrolowanych domach pomocy społecznej usługi opiekuńcze i bytowe świadczone były na wystarczającym poziomie.

Z ustaleń kontroli wynika, że samorządy nie tworzyły własnych systemów pomocy alternatywnych do domów pomocy społecznej, choć ustawa o pomocy społecznej przewiduje możliwość tworzenia różnych form takiej pomocy, np. środowiskowych domów samopomocy, mieszkań chronionych, rodzinnych domów pomocy czy domów dziennego pobytu. Nie wykorzystywano do kształtowania polityki gmin wobec osób starszych lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych. Strategie lokalne formułowano w sposób bardzo ogólny, hasłowy i deklaracyjny. Nie określano ram finansowych planowanych działań ani nie ustalano wskaźników umożliwiających ocenę i postęp realizacji działań długookresowych. Nie

prowadzono długofalowej polityki dostosowującej wykonywane zadania do zmieniających się warunków, a podejmowane czynności miały doraźny charakter i nie tworzyły spójnego systemu. W związku z takim traktowaniem alternatywnych dla DPS systemów wsparcia osób starszych szybko rosły wydatki związane z pobytem osób w domach pomocy społecznej. W latach 2011–2014 wydatki gmin z tego tytułu wzrosły o 52% (z 680 mln zł do ponad 1 mld zł), a liczba pensjonariuszy domów pomocy społecznej w placówkach objętych kontrolą wzrosła o około 38% (z 1080 osób do 1494 osób).

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

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

Takie zróżnicowanie odpłatności nie znajduje uzasadnienia i wymaga ujednoczenia. Może się jednak okazać, że w DPS zabraknie miejsca, między innymi dlatego, że władze powiatów odpowiedzialne za rozwój ponadgminnych domów pomocy społecznej w zasadzie nie realizowały tego zadania z uwagi na szczupłość środków.

W latach 2011–2014 przybyło w Polsce tylko około 500 nowych miejsc w DPS. Ich budżety są obciążone głównie kosztami utrzymania personelu, które są stałe i wynikają z obowiązujących standardów zatrudnienia w takich placówkach. Natomiast w niepublicznych podmiotach tego typu, których liczba w latach 2011–2014 wzrosła ze 196 do 358, a liczba miejsc z 5,9 tys. do 11,4 tys. są niższe wymogi w tej dziedzinie, choć też muszą być spełnione określone standardy.

Mamy też w Polsce placówki prowadzące całonocną opiekę nad osobami starszymi, które nie są ujęte w statystykach tego rodzaju, ponieważ funkcjonują bez wymaganego zezwolenia, tylko w ramach działalności gospodarczej, jak np. agroturystyka lub prowadzenie pensjonatu, tudzież miejsc krótkotrwałego zakwaterowania. Na przykład w woj. mazowieckim na 150 placówek prowadzonych w ramach działalności gospodarczej przez podmioty niepubliczne tylko 57% (tj. 86) posiadało stosowne zezwolenia wojewody i zostało wpisanych do rejestru¹³.

W badanych placówkach samorządowych w czasie objętym kontrolą, świadczenia usług opiekuńczych dla osób starszych

przyznano prawie wszystkim ubiegającym się o nie, co nie oznacza, że wszyscy potrzebujący wiedzieli o takiej możliwości (np. w dużych aglomeracjach miejskich osoby, które mają trudności w poruszaniu się czy kłopoty z samooceną stanu zdrowia mogą nie wiedzieć o takich możliwościach). Kolejnym problemem jest jakość tych usług, ponieważ nie został określony żaden zakres ich świadczenia, ani żadne standardy, a najczęstszym kryterium wyboru wykonawcy jest cena.

Jak wspomniano wcześniej, mimo rosnącej liczby osób starszych wymagających wsparcia, nie rozwijano innych form opieki, których koszty są zdecydowanie niższe od kosztów pobytu w domu pomocy społecznej. Zanotowano wprawdzie wzrost liczby środowiskowych domów pomocy, rodzinnych domów pomocy czy mieszkań chronionych, ale miejsca w nich przyznawane są głównie osobom opuszczającym placówki opiekuńczo-wychowawcze, schroniska czy zakłady poprawcze. Tylko sporadycznie dotyczy to osób starszych (wyjątkiem były tu Kielce, gdzie od 2012 r. w trzech budynkach zorganizowano 63 mieszkania chronione dla osób starszych i niepełnosprawnych ubiegających się o przyznanie lokalu z zasobów miasta).

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych kontroli stwierdzono, że nie istnieje funkcjonalna opieka medyczna dla osób w podeszłym wieku, brakuje też spójności w złożonej opiece medyczno-socjalnej dla tej grupy

¹³ Dane pochodzą z Informacji o wynikach kontroli *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, KPS P/15/044.



osób. NIK wskazała na potrzebę prawnych i organizacyjnych rozwiązań systemowych, także finansowych, usprawniających opiekę medyczną nad osobami w podeszłym wieku. Wnioskowała do ministra rodziny, pracy i polityki społecznej o prawne uregulowania dotyczące systemu opieki i pomocy osobom starszym, zarówno w kwestiach finansowych, jak i organizacyjnych (np. standaryzowanie usług opiekuńczych). Wśród wskazań NIK znalazła się także konieczność lepszego planowania i dostosowywania do potrzeb działań w zakresie opieki medycznej czy socjalnej dotyczących osób w podeszłym wieku, zwłaszcza przez lokalne samorządy.

Stwierdzono, że dostępność do opieki geriatrycznej jest u nas niedostateczna i zróżnicowana terytorialnie. Ponadto, brak możliwości rozliczenia pacjenta z wielochorobowością utrudnia pełną i adekwatną do potrzeb opiekę medyczną dla takiej osoby, bo rodzi sprzeczność między zasadami postępowania medycznego, a warunkami ekonomicznymi. Zaznaczono, że w związku z dużym zapotrzebowaniem

na wsparcie socjalne dla osób starszych, niedostatkami alternatywnej pomocy socjalnej w miejscu zamieszkania i wolno przybywających miejsc w domach pomocy społecznej finansowanych ze środków publicznych, dynamicznie rozwija się niepubliczny rynek placówek oferujących usługi opiekuńcze, które funkcjonują często na granicy prawa lub z jego naruszeniem, narażając podopiecznych na pogłębienie ich problemów.

Wobec takiej sytuacji, biorąc pod uwagę ustalenia kontroli NIK, specjaliści wskazują na nagłą potrzebę ukształtowania funkcjonalnej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku oraz racjonalizację wsparcia socjalnego, które zaspokoi potrzeby osób starszych i zoptymalizuje wydatki samorządów przeznaczone na te cele.

MARIA SMERECZYŃSKA
Departament Metodyki Kontroli
i Rozwoju Zawodowego NIK

Słowa kluczowe: polityka senioralna, kontrole NIK, geriatryka, osoby w podeszłym wieku, wielochorobowość, pomoc socjalna, opieka medyczna

Key words: senior-related policy, NIK audits, geriatrics, aged persons, multiple morbidities, social care, health care