# DIAGNOZA POTRZEB ZDROWOTNYCH I DOSTĘPNEGO WSPARCIA ZDROWOTNEGO

## Osoby starsze

### Demografia i epidemiologia

#### Sytuacja demograficzna

W czerwcu 2019 r. liczba ludności Polski wynosiła niemal 38,4 mln osób, w tym ponad 9,5 mln (niespełna 25%) stanowiły osoby starsze, tj. osoby w wieku co najmniej 60 lat[[1]](#footnote-2). W latach 1989–2018 liczba osób w starszym wieku wzrosła o ponad 3,9 mln, w tym największy liczebny wzrost o niespełna 1 mln odnotowano dla grupy osób w wieku 65–69 lat. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł w ciągu tych trzech dekad o ponad 10 punktów procentowych – z 14,7% w 1989 r. do 24,8% w 2018 r. Jednocześnie w tym czasie odsetek dzieci i młodzieży zmniejszył się o ok. 12 punktów procentowych, co pośrednio przyczyniło się do pogłębienia przyrostu udziału liczebności osób starszych w całości populacji Polski[[2]](#footnote-3).

Współczynnik obciążenia demograficznego (obrazujący liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym) rośnie w Polsce od kilku lat – w 2019 r. wyniósł 67 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 2019 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 30 osób w wieku przedprodukcyjnym i aż 37 osób w wieku poprodukcyjnym[[3]](#footnote-4). Zmiany w tym zakresie w minionych latach prezentuje tabela 1.

*Tabela 1. Współczynnik obciążenia demograficznego w wybranych latach*

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

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

Źródło: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.* Stan w dniu 31 XII, GUS, 2019, s. 18.

Ludność Polski jest obecnie przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej, ale – jak wynika z prognozy Eurostatu – ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać. W połowie obecnego stulecia zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych wartości dla krajów Unii Europejskiej (UE)[[4]](#footnote-5). Na tle UE sytuacja demograficzna Polski zmienia się bardzo dynamicznie, gdyż – zgodnie z przewidywaniami – 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[[5]](#footnote-6).

Wyniki prognozy GUS dotyczącej liczby ludności Polski na lata 2014–2050 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. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 mln i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności[[6]](#footnote-7). Prognozowany procentowy udział osób starszych w populacji Polski, w tym w podziale na poszczególne grupy wiekowe, w kolejnych dekadach XXI w. przedstawia tabela 1.

*Tabela 2. Prognozowany udział osób w wieku 60 lat i więcej  
w populacji Polski w latach 2020–2050*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupa wiekowa** | **Prognozowany udział [%] osób w latach** | | | |
| **2020** | **2030** | **2040** | **2050** |
| 60–64 | 7,5 | 5,5 | 8,3 | 7,9 |
| 65–69 | 7,4 | 5,6 | 6,8 | 8,9 |
| 70–74 | 5,6 | 6,6 | 5,2 | 8,0 |
| 75–79 | 2,5 | 6,0 | 4,8 | 6,2 |
| 80 i więcej | 4,4 | 6,1 | 10,1 | 10,3 |
| **Ogółem** | **27,5** | **29,8** | **35,2** | **41,4** |

Źródło: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018 r.*, s. 7 (na podstawie prognozy GUS).

Prognozy wskazują, że w ciągu najbliższego dziesięciolecia będzie wzrastała liczba i udział osób w wieku 60–79 lat w ogóle ludności Polski. W wiek ten będą bowiem wchodziły liczne grupy osób urodzonych w latach *boomu* urodzeń z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX w. Z kolei w wiek późnej starości będą wchodziły stosunkowo mało liczne grupy osób urodzonych w czasie drugiej wojny światowej[[7]](#footnote-8).

Począwszy od 2026 r. rozpocznie się z kolei dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej. Będzie to 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 a 2040 r. liczebność osób w wieku co najmniej 80 lat i więcej zwiększy się dwukrotnie – z 1,7 mln do 3,4 mln[[8]](#footnote-9).

*Tabela 3. Liczba i struktura populacji osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski w 2018 r.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Mężczyźni** | **Kobiety** | **Ogółem** |
| Ogółem | 18,58 | 19,83 | 38,41 |
| w tym osoby w wieku 60 lat i więcej | 3,97 | 5,54 | 9,51 |
| **Osoby w wieku 60 lat i więcej w podziale na grupy wiekowe:** | | | |
| 60–64 lat | 1,30 | 1,47 | 2,77 |
| 65–69 lat | 1,01 | 1,34 | 2,35 |
| 70–74 lat | 0,67 | 0,92 | 1,59 |
| 75–79 lat | 0,40 | 0,66 | 1,06 |
| 80–84 lat | 0,30 | 0,58 | 0,88 |
| 85 lat i więcej | 0,22 | 0,57 | 0,77 |

Na podstawie: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, s. 7 (na podstawie danych GUS).

Obserwowane w Polsce pozytywne zmiany w zakresie spadku natężeniu zgonów są przyczyną trwającego od ponad ćwierćwiecza (tj. od 1992 r.) wzrostu przeciętnego trwania życia. W 2018 r. przeciętne trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,85 lat, natomiast płci żeńskiej 81,68 lat (tabela 3). W porównaniu z 1990 r. trwanie życia wydłużyło się o 7,6 wśród kobiet i 6,5 lat wśród mężczyzn. W Polsce w 2018 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 4-5 lat więcej niż w 1991 r.[[9]](#footnote-10).

*Tabela 3. Dalsze trwanie życia i dalsze trwanie życia*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dalsze trwanie życia** | **Mężczyźni** | **Kobiety** | **Średnia** |
| osób w wieku 0 lat urodzonych w 2018 r. | 73,85 | 81,68 | 77,77 |
| osób w wieku 60 lat | 19,13 | 24,20 | 21,67 |
| osób w wieku 65 lat | 15,84 | 20,11 | 17,98 |
| w zdrowiu osób w wieku 65 lat | 8,30 | 8,60 | 8,45 |

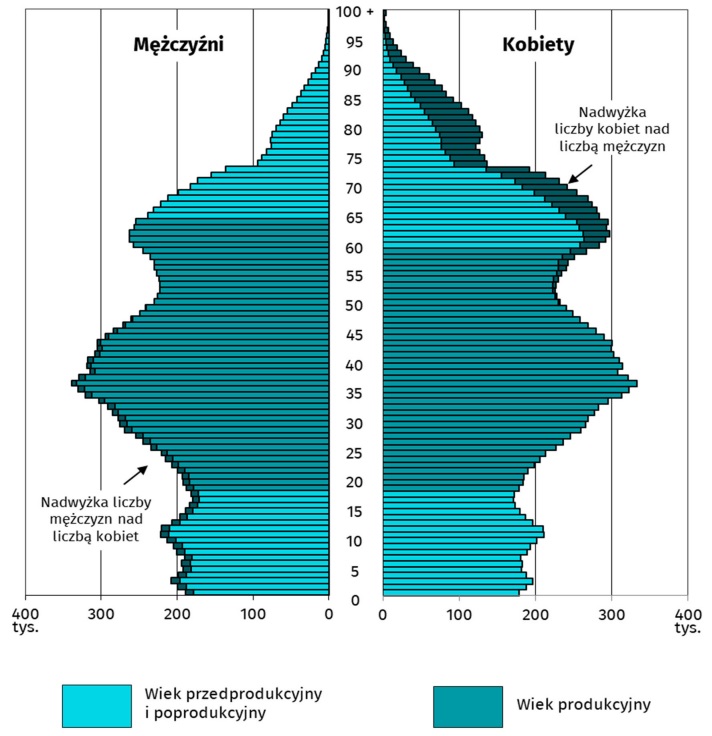
Źródło: *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, s. 7   
(na podstawie wyników bieżących badań GUS i danych Eurostatu za 2017 r.).

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, występuje nadumieralność mężczyzn, jednak skala tego zjawiska jest znacznie wyższa niż w większości krajów europejskich – w 2018 r. wartość ta wyniosła 7,9 lat. Zjawisko **nadumieralności mężczyzn** obserwowane jest we wszystkich grupach wiekowych, jednak różnica między płciami zwiększa się wraz z wiekiem[[10]](#footnote-11). Wśród mężczyzn seniorzy stanowią niespełna 3% ludności, a wśród kobiet prawie 6%[[11]](#footnote-12).

Nadumieralności mężczyzn i zróżnicowanie parametrów trwania życia skutkują rosnącym wraz z wiekiem udziałem kobiet w populacji. **Przewaga liczebna kobiet** wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku, np. w grupie 60-64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 113 (na 100 mężczyzn przypada 113 kobiet), w wieku 65 lat i starszym współczynnik ten wzrasta do 134, a wśród osób co najmniej 85-letnich – do 258 (w miastach 249, a na wsi 274). Warto podkreślić, że ogółem od początku lat 90. XX wieku parametr ten obniżył się o 16 punktów procentowych[[12]](#footnote-13).

Przytoczone dane wskazują mężczyźni żyją znacząco krócej niż kobiety, dlatego też grupa osób w sędziwym wieku jest silnie zróżnicowana ze względu na płeć. Zbiorowość jest zdominowana przez kobiety, których udział stanowi ponad 70% osób w najstarszej grupie wiekowej (podobnie w miastach, jak i na wsi)[[13]](#footnote-14). Różnice proporcji pomiędzy płciami i poszczególnymi grupami wiekowymi przedstawia wykres 1 prezentujący przekrój demograficzny ludności Polski.

*Wykres 1. Piramida wieku ludności (stan w dniu 30 czerwca 2019 r.)*



Źródło: *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.* Stan w dniu 31 XII, GUS, 2019, s. 19.

Przeciętne trwanie życia różni się także pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi, (m.in. grupami o różnym ze względu na różnice w statusie materialnym), grupami o różnych poziomach wykształcenia, grupami zawodowymi, mieszkańcami różnych regionów/województw czy miast i wsi (w miastach ludność w starszym wieku stanowi prawie 27% populacji, natomiast na terenach wiejskich mieszka ich mniej i stanowią ponad 21% mieszkańców[[14]](#footnote-15)). Nierówności te również utrzymują się w Polsce w większym stopniu niż w krajach Europy Zachodniej[[15]](#footnote-16).

#### 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%[[16]](#footnote-17).

Istotne znaczenie dla jakości życia ma **długość trwania życia w zdrowiu** wyliczana na podstawie średniej liczby lat życia bez niepełnosprawności. Według szacunków Eurostatu, mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) przeciętnie 61,3 lat (83% długości życia), a kobiety średnio 64,6 lat (79% długości życia)[[17]](#footnote-18). Wyniki badań Eurostatu dotyczące 2017 r. wskazują, że w Polsce 65-letni mężczyzna ma przed sobą jeszcze 15,8 lata życia, w tym 8,3 lat życia w zdrowiu, natomiast kobieta – 8,6 lat w zdrowiu z pozostałych jej 20,1 lat życia. Zatem kobiety w wieku 65 lat mogą oczekiwać, że mniej niż połowę (ok. 43%) dalszego życia przeżyją w zdrowiu, natomiast mężczyźni – ponad połowę (ok. 51%)[[18]](#footnote-19).

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 dwukrotnie częściej w przedziale osób o najniższych dochodach niż w przedziale osób o dochodach najwyższych oraz trzykrotnie częściej w grupie osób z wykształceniem podstawowym niż w grupie osób z wykształceniem wyższym. Wyższe zapotrzebowanie na opiekę wśród osób o niższych dochodach i niższym wykształceniu niekorzystnie koreluje z możliwością uzyskania przez te osoby pomocy w sektorze prywatnym lub na zasadzie współodpłatności[[19]](#footnote-20).

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)[[20]](#footnote-21).

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 oceniało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (w porównaniu 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[[21]](#footnote-22).

Jednocześnie jakość życia starszych Polaków pozostaje niezadowalająca 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** (oddziaływującą 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 usługi 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[[22]](#footnote-23).

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)[[23]](#footnote-24). 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% zgonów na 100 tys. mieszkańców;
* 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 90% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. Wśród wszystkich osób starszych zgony kardiologiczne stanowiły blisko połowę zgonów, najwięcej wśród kobiet oraz mieszkańców wsi – ponad połowę. W przypadku seniorów (85 lat i więcej) – tylko 4 na 10 osób umiera w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne[[24]](#footnote-25).

Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są **nowotwory**, w tym nowotwory złośliwe. Zgodnie z wynikami badania GBD w 2017 r. w Polsce **na 100 tys. mieszkańców** nowotwory były powodem łącznie[[25]](#footnote-26):

* niemal 285 zgonów, co stanowi niemal 28% zgonów na 100 tys. mieszkańców;
* 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.

Udział nowotworów 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 obecnie spośród wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych ponad 70% dotyczy osób w wieku co najmniej 60 lat, zaś na ponad 164 tys. wszystkich zachorowań na nowotwory ok. 120 tys. przypadków dotyczyło osób w starszym wieku. Spośród nowotworów u osób starszych najczęściej występuje nowotwór tchawicy, oskrzeli i płuc (ICD-10:C33–C34) oraz nowotwory jelita grubego[[26]](#footnote-27).

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. Wśród kobiet częstszą przyczyną zgonu są choroby układu krążenia, natomiast mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych. Do innych przyczyny 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[[27]](#footnote-28).

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. 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%[[28]](#footnote-29). Według szacunków badania GBD[[29]](#footnote-30) 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 DLAYs, 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 Alzheimera po ukończeniu 65. lat ulega praktycznie podwojeniu z upływem każdych kolejnych 5 lat życia[[30]](#footnote-31).

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)[[31]](#footnote-32). Podobny odsetek osób starszych odnotowuje się również wśród 2,5 mln osób z formalnie orzeczoną niepełnosprawnością[[32]](#footnote-33). 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 z 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.) wykazują na **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[[33]](#footnote-34).

Zgodnie z wynikami rundy 6. badań SHARE, przeprowadzonego 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[[34]](#footnote-35).

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[[35]](#footnote-36). Poniższy wykres przedstawia jak zapotrzebowanie na taką opiekę rozkładało się w poszczególnych grupach wiekowych osób starszych.

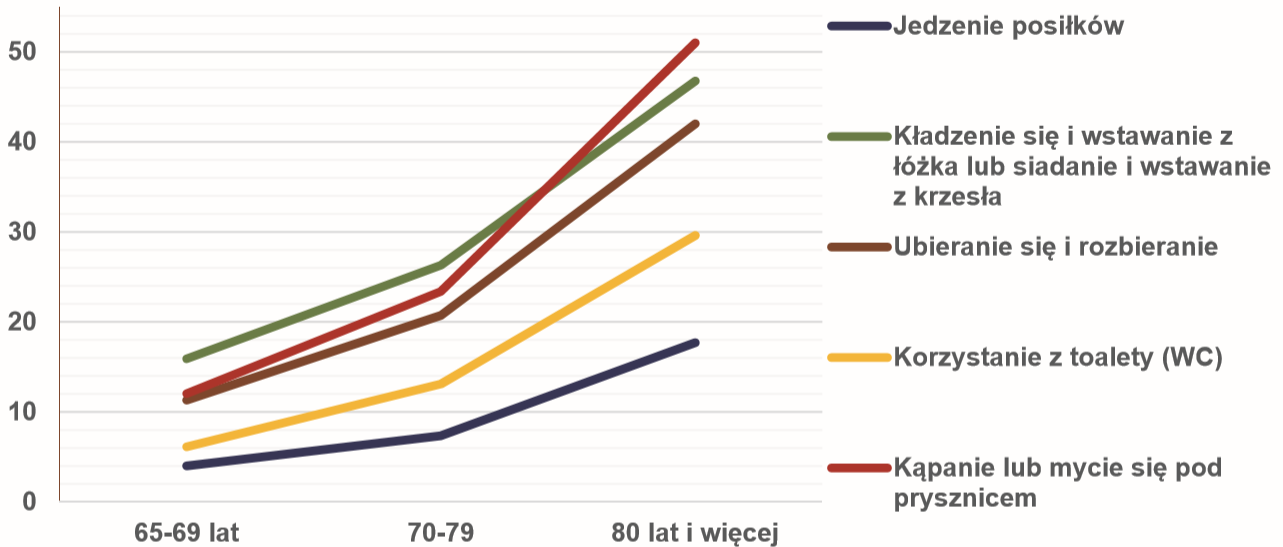
*Wykres 3. Odsetek respondentów rundy 6. badań SHARE  
 zgłaszających ograniczenia, przekładające się na zapotrzebowanie   
na przynajmniej jedną godzinę opieki w miesiącu w zależności od wieku*

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%)[[36]](#footnote-37).

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 2 prezentuje odsetek osób starszych wykazujących problemy z wykonaniem poszczególnych czynności codziennych[[37]](#footnote-38).

*Wykres 2. 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), podczas gdy osoby starsze (85+) 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[[38]](#footnote-39).

Mimo, że osoby w wieku do 74 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+. 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[[39]](#footnote-40).

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 3,5–4,5 godzin opieki dziennie. Od 10% do 20% seniorów wymagało opieki co najmniej raz w tygodniu, przeciętnie czas tej opieki wynosił 4–6 godzin tygodniowo. Z deklaracji badanych przedstawicieli gospodarstw domowych, w których są seniorzy potrzebujący opieki, wynika, że chociaż większość osób chce się opiekować bliskimi, to gdyby mieli możliwość wyboru rozwiązania najbardziej odpowiadającego ich oczekiwaniom i potrzebom, znacznie zmniejszyliby czasowy udział w opiece nad na rzecz opieki sprawowanej w placówce lub przez indywidualnych opiekunów spoza gospodarstwa domowego[[40]](#footnote-41).

### Dostępne wsparcie zdrowotne

Osoby starsze w Polsce, co do zasady, mają gwarantowany 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[[41]](#footnote-42).

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). Możliwość objęcia danym rodzajem świadczeń opieki zdrowotnej zależy od indywidualnego stanu zdrowia i zaleceń medycznych.

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

Rodzajami świadczeń gwarantowanych dedykowanym przede wszystkim osobom starszym są:

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

Tryb i zakres udzielanej opieki w każdym z ww. rodzajów świadczeń zależy od stanu zdrowia i możliwości opiekuńczo-bytowych pacjenta.

#### Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa 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[[42]](#footnote-43).

Opiekę długoterminową można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, 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[[43]](#footnote-44).

##### Opieka stacjonarna

Zakres wsparcia

Obejmuje ona całodobowe świadczenie zdrowotne obejmujące swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów, których celem jest rekonwalescencja i poprawa zdrowia pacjenta.

Całodobowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej są udzielane w zakładach opiekuńczych, do których należą:

* zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL);
* zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO).

Świadczenia te obejmują również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych[[44]](#footnote-45).

Zadaniem ZOL/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/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.

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

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

W 2018 r. na terenie Polski łącznie 438 świadczeniodawców w ramach opieki długoterminowej udzielało świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ZOL/ZPO (w stosunku do 422 podmiotów w 2015 r. i 2016 r. oraz 444 podmiotów w 2017 r.). Łączna liczba ZOL/ZPO w latach 2015–2018 przedstawia wykres 4.

*Wykres 4. Liczba świadczeniodawców   
opieki długoterminowej stacjonarnej (ZOL/ZPO) w latach 2015–2018*

Źródło: Dane NFZ.

Liczba miejsc, którymi dysponowały ZOL/ZPO w dniu 31 grudnia 2018 r. przedstawia wykres 5.

*Wykres 5. Liczba miejsc stacjonarnych w ZOL/ZPO (w dniu 31 grudnia 2018 r.)*

Źródło: *Biuletyn statystyczny Ministerstwa Zdrowia* wydany przez CSIOZ, Warszawa 2019.

Grupa docelowa

Osoby te, 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 (tzw. skalą Barthel) otrzymał 40 punktów lub mniej.

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

Żywienie dojelitowe i pozajelitowe w ZOL/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/ZPO w skali całej Polski w 2018 r. zostały udzielone łącznie ok. 43 tys. pacjentów**. Liczba pacjentów objętych opieką długoterminową w ZOL/ZPO w latach 2015–2018 przedstawia wykres 6.

*Wykres 6. Liczba pacjentów opieki długoterminowej   
objętych opieką w trybie stacjonarnym (w ZOL/ZPO) w latach 2015–2018*

Źródło: dane NFZ.

Największa liczba pacjentów przebywających w ZOL/ZPO została zanotowana w 2015 r., jednak w 2016 r. dość gwałtownie spadła (o ponad 2,5 tys. osób). Od 2017 r. znowu zaobserwowano wzrost liczby osób w tych placówkach.

Finansowanie

Opieka długoterminowa finansowana jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) (w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej) i prywatnych (w zakresie pobytu pacjenta, tj. zakwaterowanie i wyżywienie).

Łączny koszt świadczeń opieki długoterminowej w ZOL/ZPO w 2018 r. wyniósł ponad 750 mln zł. Koszt tych świadczeń w latach 2015–2018 przedstawia wykres 7.

*Wykres 7. Wartość rozliczonych świadczeń opieki długoterminowej   
udzielonych w ZOL/ZPO w latach 2015–2018*

Źródło: Dane NFZ.

##### Opieka domowa

###### Zespół długoterminowej opieki domowej

Zakres wsparcia

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

W ramach wspomagania 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.

Grupa docelowa

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 2018 r. zostały udzielone łącznie niemal 6,8 tys. pacjentom, w tym ponad 6,2 tys. dorosłych pacjentów (w szczególności osobom starszym).

Finansowanie

Łączny koszt świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej w 2018 r. wyniósł ponad 200 mln zł, w tym ponad 174 mln dla dorosłych pacjentów.

W ostatnich latach w skali całego kraju obserwuje się tendencję wzrostową wydatków publicznych na świadczenia opieki długoterminowej domowej.

###### Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Zakres wsparcia

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.

Grupa docelowa

Świadczeniami tymi mogą być objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebują systematycznej i intensywnej 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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w skali całej Polski w 2018 r.** zostały udzielone łącznie niemal **62 tys. pacjentów** (517 osobom na 100 tys. mieszkańców).

Finansowanie

Łączny koszt tych świadczeń w 2018 r. wyniósł niemal 370 mln zł.

W ostatnich latach w skali całego kraju obserwuje się tendencję wzrostową wydatków publicznych na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

##### Opieka dzienna

Zakres wsparcia

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

Beneficjenci projektów prowadzili DDOM zgodnie ze opracowanym standardem, udzielając pacjentom świadczeń zdrowotnych o charakterze rehabilitacyjno-opiekuńczymi, zapewniając wymagany skład zespołu terapeutycznego.

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 pielęgniarska, 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 pielęgniarskim.

Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w DDOM zapewnione są 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[[45]](#footnote-46), 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 7 rodzin. Czas trwania pobytu w DDOM jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie może być 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.

Grupa docelowa

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 (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), a jednocześnie nie wymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego 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[[46]](#footnote-47).

Do DDOM mogą być przyjęci:

* pacjenci bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, 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 6 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.

#### Opieka paliatywna i hospicyjna

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 uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe[[47]](#footnote-48).

##### Opieka stacjonarna

Zakres wsparcia

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. W hospicjum stacjonarnym pacjent ma zapewnione również bezpłatnie leczenie farmakologiczne, leczenie bólu oraz leczenie innych objawów somatycznych. Gwarantowana jest opieka psychologiczna nad pacjentem i jego rodziną, rehabilitacja oraz niezbędne badania diagnostyczne (zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum lub oddziale medycyny paliatywnej), a także zaopatrzenie w wyroby medyczne (konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej).

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 8. Liczba miejsc w hospicjach stacjonarnych   
i na oddziałach medycyny paliatywnej w latach 2015–2018*

Rodzaj podmiotu:

Razem: 2 801

Razem: 2 957

Razem: 2 942

Razem: 2 754

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

Źródło: *Biuletyny statystyczne Ministerstwa Zdrowia* wydane przez CSIOZ, Warszawa 2016–2019.

Grupa docelowa

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

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

Zgodnie z danymi CSIOZ **w 2018 r. liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie stacjonarnym wyniosła ponad 20 tys. osób**. Liczbę pacjentów objętych opieką paliatywna i hospicyjną w trybie stacjonarnym w latach 2015–2018 przedstawia wykres 9.

*Wykres 9. Liczba pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej   
w trybie stacjonarnym w latach 2015–2018*

Rodzaj podmiotu:

Razem: 34 641

Razem: 36 799

Razem: 37 408

Razem: 31 077

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

Źródło: Biuletyny statystyczne CSIOZ z lat 2016–2019.

Finansowanie

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w hospicjum stacjonarnym są finansowane ze środków NFZ, są więc bezpłatne dla pacjentów wymagających takiej opieki.

Koszt wszystkich świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (wartość kontraktów zawartych z NFZ na udzielanie tego zakresu świadczeń) poniesiony przez NFZ w 2018 r. wyniósł ponad 733 mln zł (w stosunku do niemal 668 mln zł w 2017 r.). Na 2019 r. zaplanowano na realizację tych świadczeń w skali kraju środki w wysokości niemal 809 mln zł.

##### Opieka ambulatoryjna

Zakres wsparcia

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują porady i konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarskie oraz porady psychologiczne – udzielane w poradni 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, zlecanie i wykonywanie zabiegów leczniczych, zlecanie 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.

Grupa docelowa

Świadczenia te przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia *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.

Finansowanie

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w hospicjum stacjonarnym są finansowane ze środków NFZ, są więc bezpłatne dla pacjentów wymagających takiej opieki.

Koszt wszystkich świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (wartość kontraktów zawartych z NFZ na udzielanie tego zakresu świadczeń) poniesiony przez NFZ w 2018 r. wyniósł ponad 733 mln zł (w stosunku do niemal 668 mln zł w 2017 r.). Na 2019 r. zaplanowano na realizację tych świadczeń w skali kraju środki w wysokości niemal 809 mln zł.

##### Opieka domowa

Zakres wsparcia

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 pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenia te obejmują bezpłatne: porady i konsultacje lekarskie, świadczenia pielęgniarskie, 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 pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu. Porady lekarskie odbywają się nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu, wizyty pielęgniarskie – nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu.

Grupa docelowa

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 uśmierzanie, 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.

Finansowanie

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w hospicjum domowym są finansowane ze środków NFZ, są więc bezpłatne dla pacjentów wymagających takiej opieki.

Koszt wszystkich świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (wartość kontraktów zawartych z NFZ na udzielanie tego zakresu świadczeń) poniesiony przez NFZ w 2018 r. wyniósł ponad 733 mln zł (w stosunku do niemal 668 mln zł w 2017 r.). Na 2019 r. zaplanowano na realizację tych świadczeń w skali kraju środki w wysokości niemal 809 mln zł.

## Opieka nieformalna

W Polsce w dużej mierze to sieć rodzinna osoby starszej stawia czoła ryzyku niesprawności i potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i wynikającym z tego potrzebom opiekuńczym tychże osób. Zadania rodziny i role jej członków są w Polsce nadal postrzeganie w tradycyjny sposób, a system opieki nad osobami starszymi wymagających 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 na kształtowanie modelu opieki nad osobami wymagającymi takiego wsparcia.

Podjęcie decyzji o zaopiekowaniu się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest zdeterminowane 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 (…). Intensywnym przemianom demograficznym towarzyszą również zmiany w układach rodzinnych oraz obowiązujących w społeczeństwie stosunkach panujących pomiędzy starszą i młodszą generacją[[48]](#footnote-49).

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[[49]](#footnote-50).

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[[50]](#footnote-51).

Z kolei w Wytycznych Ministerstwa Rozwoju 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 udzielanej opieki, najczęściej członek rodziny[[51]](#footnote-52).

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[[52]](#footnote-53) oraz wywołują konsekwencje prawne w przypadku nieudzielenia pomocy i odmawiania wsparcia najbliższej rodzinie np. w trakcie choroby[[53]](#footnote-54). 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 w zależności od badania od 80% do 93%[[54]](#footnote-55). 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[[55]](#footnote-56).

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[[56]](#footnote-57).

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[[57]](#footnote-58).

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)[[58]](#footnote-59). Rodzinni opiekunowie zajmują się nie tylko osobami starszymi, z którymi dzielą mieszkanie, lecz otaczają troską także tych członków rodziny, którzy mieszkają samotnie[[59]](#footnote-60).

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[[60]](#footnote-61). Niejednokrotnie zdarza się również, że starsza grupa osób z tego pokolenia wspiera równocześnie swoich współmałżonków/partnerów wymagających już pewnej formy codziennej opieki lub asysty ze względu na chorobę lub 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[[61]](#footnote-62) (od ponad 65%[[62]](#footnote-63) do niemal 80%[[63]](#footnote-64)). Równocześnie kobiety stanowią większość osób wymagających takiej opieki[[64]](#footnote-65). Fakt ten związany jest z tym, że kobiety żyją przeciętnie dłużej niż mężczyźni, a także częściej i wcześniej szukają pomocy (np. medycznej) i wsparcia społecznego[[65]](#footnote-66).

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 dezaktywizacji zawodowej wskazują pełnienie opieki nad osobami małoletnimi (dziećmi, wnukami) oraz osobami starszymi[[66]](#footnote-67). 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[[67]](#footnote-68).

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 opiekunowi przysługują określone świadczenia z systemu pomocy społecznej.

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 poza kontrolą organów państwa, ponieważ jej zakresu oraz warunków wykonywania nie regulują żadne przepisy prawa (podobnie sytuacja ma się w przypadku prywatnych instytucji opiekuńczych, które funkcjonują w oparciu o przepisy ogólne o prowadzeniu działalności gospodarczej). W związku z tym brakuje rzetelnych informacji o rzeczywistej liczbie podmiotów i osób świadczących usługi opiekuńcze komercyjnie oraz liczbie osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, objętych tymi usługami.

Mimo coraz większej dostępności do usług profesjonalnych, rodzina jest najważniejszą i zazwyczaj jedyną grupą wsparcia dla osób starszych, które doświadczają ograniczenia samodzielności. Wsparcie ze strony rodziny nie daje jednak pełnej gwarancji zaspokajanie potrzeb opiekuńczych w Polsce, ponieważ rodzina nie jest już w pełni wydolna opiekuńczo i potrzebuje wsparcia zewnętrznego na coraz większą skalę niż jest to dostępne obecnie[[68]](#footnote-69).

# 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 skierowanych do tych osób ma przyczynić się do rozwoju zindywidualizowanych usług w społeczności lokalnej mających ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej oraz przeniesienie istniejących zasobów z instytucji udzielających opieki długoterminowej do usług świadczonych w środowisku lokalnym.

Należy zwrócić uwagę, iż grupy te 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.

Osobom starszym dedykowane są w szczególności świadczenia opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ osoby te stanowią najliczniejszą grupę odbiorców tychże świadczeń. Niemniej jednak bycie osobą starszą nie przesądza o potrzebie skorzystania z tego typu świadczeń, ponieważ podstawową kwalifikacją do ich uzyskania są ściśle określone problemy zdrowotne.

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.

Ze względu na czytelność prezentacji kierunków rozwoju wsparcia z zakresu opieki długoterminowej, paliatywno-hospicyjnej i geriatrycznej w środowisku – grupę docelową zawężono do najliczniejszej podgrupy odbiorców tychże świadczeń – osób starszych i ich opiekunów.

Nadrzędnym celem procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych dedykowanych osobom starszym jest:

**CEL GŁÓWNY:  
 Poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem   
u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym**

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

**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 są podstawą każdego systemu zdrowotnego 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 zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (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 głownie przez personel pielęgniarski, lekarski, fizjoterapeutyczny i psychologiczny.

Świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej może udzielać personel pielęgniarski z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów:

* w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub
* w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub
* specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych kursów

– łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy.

Natomiast w ramach realizacji świadczeń pielęgniarskich w stosunku do pacjentów objętych opieką długoterminową domową cały personel pielęgniarski 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 pielęgniarskiego zatrudnionego w instytucjach opieki długoterminowej zwiększyła się niemal dwukrotnie.

Zgodnie z danymi za 2018 r.[[69]](#footnote-70):

* liczba kadr pielęgniarskich ze specjalizacją pielęgniarstwa mającą zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie niemal 15 tys. osób (tabela 1);
* liczba kadr pielęgniarskich, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne lub kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej wynosiła łącznie niemal 128 tys. osób – odpowiednio ponad 66 tys. osób (tabela 2) i ponad 61 tys. osób (tabela 3).

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

* 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 pielęgniarskiego (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%)[[70]](#footnote-71).

W udzielanie opieki paliatywnej i hospicyjnej również w dużej mierze zaangażowany jest personel pielęgniarski. W 2018 r.[[71]](#footnote-72):

* liczba kadr pielęgniarskich ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej wynosiła łącznie ponad 1,5 tys. osób (tabela 1);
* liczba kadr pielęgniarskich, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej wynosiła łącznie niemal 11,9 tys. osób – odpowiednio ponad 5 tys. osób (tabela 2) i ponad 6,8 tys. osób (tabela 3).

*Tabela 1. Liczba kadr pielęgniarskich poszczególnych specjalizacji pielęgniarstwa*   
*mających zastosowanie w opiece długoterminowej w 2019 r.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Dziedzina specjalizacji** | **Liczba kadr pielęgniarskich**  (stan na dzień 31.12.2019 r.) |
| Pielęgniarstwo zachowawcze | 10 903 |
| Pielęgniarstwo opieki długoterminowej | 2 841 |
| Pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych | 169 |
| Pielęgniarstwo opieki paliatywnej | 2 096 |
| Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek | 2 235 |
| Pielęgniarstwo geriatryczne | 2 552 |
| **Ogółem** | **20 796** |

Źródło: opracowanie własne MZ na podstawie danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

*Tabela 2. Liczba kadr pielęgniarskich, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w wybranych  
dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej w 2018 r.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Dziedzina kursu kwalifikacyjnego** | **Liczba kadr pielęgniarskich**  (stan na dzień 31.12.2018 r.) |
| Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek | 37 434 |
| Pielęgniarstwo opieki długoterminowej | 18 618 |
| Pielęgniarstwo opieki paliatywnej | 5 033 |
| Pielęgniarstwo zachowawcze/internistyczne | 3 850 |
| Pielęgniarstwo geriatryczne | 1 557 |
| **Ogółem** | **88 492** |

Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

*Tabela 3. Liczba kadr pielęgniarskich, które ukończyły kursy specjalistyczne w wybranych   
zakresach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej w 2018 r.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres kursu specjalistycznego** | **Liczba kadr pielęgniarskich**  (stan na dzień 31.12.2018 r.) |
| Kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego | 12 876 |
| Podstawy opieki paliatywnej / podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej | 6 808 |
| Opieka geriatryczna | 4 065 |
| Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie | 1 594 |
| Terapia bólu przewlekłego u dorosłych | 4 314 |
| Terapia bólu ostrego u dorosłych | 3 545 |
| Leczenie ran dla pielęgniarek | 28 031 |
| **Ogółem** | **61 233** |

Źródło: Opracowanie własne MZ na podstawie danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

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 ponad dwukrotnie w latach 2014–2018 – z niemal 3,3 tys. osób w 2014 r. do niemal 7,5 tys. osób w 2018 r.**, w tym w ZOL/ZPO wzrosła z niemal 1,7 tys. osób w 2010 r., przez ponad 3,6 tys. osób w 2014 r. do niemal 5,7 tys. osób w 2018 r.[[72]](#footnote-73)

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 – średnio proporcja liczby pracowników do liczby osób przebywających w tych placówkach pozostaje jedną z najniższych w całej Unii Europejskiej.

Z tego względu niezbędne są kierunkowe działania mające na celu zarówno utrzymanie na rynku liczebności poszczególnych zawodów medycznych uczestniczących w zaspokojeniu potrzeb opiekuńczych i leczniczych, jak również podejmowanie działań na rzecz rozwoju zawodów wspierających ten personel.

**W ramach zakresu świadczeń pielęgniarskich w opiece długoterminowej oraz opiece 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, 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 starszych pacjentów wymagających wsparcia i opieki we własnym, znanym sobie otoczeniu) wymaga od opiekuna medycznego specyficznej wiedzy i umiejętności, których aktualny program kształcenia nie obejmuje w wyczerpującym stopniu.

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.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej *w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego[[73]](#footnote-74)* kształcenie w zawodzie opiekun medyczny realizowane jest na poziomie średnim – w rocznym cyklu kształcenia w szkołach policealnych publicznych lub szkołach niepublicznych o uprawnieniach szkoły publicznej oraz na kwalifikacyjnych kursach zawodowych.

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.

**Sukcesywne zwiększanie się liczby opiekunów medycznych daje możliwość wykorzystania ich potencjału – po odpowiednim przeszkoleniu – w realizacji świadczeń opiece długoterminowej domowej. Podniesienie kompetencji niemal połowy z ogółu (3 000 z 7 500 osób) przedstawicieli tej grupy zawodowej, zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia, z zakresu opieki nad pacjentami wymagającymi świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, potencjalnie stanowić może istotne wsparcie dla personelu pielęgniarskiego udzielającego świadczeń w tym zakresie.**

*Rezultat 1*

**Podniesienie kompetencji minimum 3 000 opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2030 r.**

*Działania*

1. **Opracowanie programu szkolenia specjalizacyjnego opiekunów medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2021 r.**

Opracowanie przez grono ekspertów programu szkolenia specjalizacyjnego 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 doskonalącego dla tej grupy zawodowej powinny być m.in. postępowanie opiekuńcze wobec pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz pacjentów diabetologicznych, opieka paliatywna, opieka geriatryczna oraz ratownictwo i kwalifikowana pierwsza pomoc.

1. **Realizacja szkolenia specjalizacyjnego dla opiekunów medycznych na potrzeby opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2029 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.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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       2. Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | 1. CMKP we współpracy z MZ i MEN 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**

*Diagnoza*

W polskim systemie opieki zdrowotnej brakowało usług w zakresie dziennej opieki długoterminowej, które łączą zarówno pewne cechy zorganizowanej opieki instytucjonalnej, jak i opieki środowiskowej udzielanej w najbliższym otoczeniu pacjenta.

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, jak również udowodnioną skuteczność tej formy opieki, zdecydowano się na kontynuację ich działalności w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020. Planowane jest włączenie tej formy opieki do koszyka świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

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 nieuchronny postęp dolegliwości – wymaga odrębnej formy opieki, są osoby z zaburzeniami otępiennymi.

W ramach systemu ochrony zdrowia dostępne są usługi opiekuńcze 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 oddziałach psychogeriatrycznych. Nie są to jednak formy opieki ukierunkowane na osoby z demencją, ale na osoby starsze, przewlekle chore i wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [[74]](#footnote-75).

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

W ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie stworzono 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 rodzin. W 2010 r. niemal 92% chorych na demencję w Polsce przebywało w domu od początku choroby aż do śmierci[[75]](#footnote-76). Wynika stąd, że opieka nad chorym z demencją spoczywa głównie na opiekunach wywodzących się z rodziny lub zaangażowanych przez rodzinę. Biorąc pod uwagę aktualny zakres formalnych usług opiekuńczych dla tej grupy pacjentów można przypuszczać, że struktura opieki nad nimi w ciągu ostatniej dekady nie uległa poprawie.

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

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

*Rezultat 1*

**Stworzenie sieci DDOM funkcjonujących w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej – do końca 2030 r.**

*Działania*

1. **Włączenie świadczeń opieki zdrowotnej w DDOM do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – do końca 2020 r.**

W celu włączenia świadczeń opieki zdrowotnej w DDOM do systemu świadczeń gwarantowanych planuje się wprowadzenie stosownych zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w zakresie uwzględnienia opieki dziennej udzielanej w DDOM jako elementu całości opieki długoterminowej.

1. **Umożliwienie istniejącym DDOM ubiegania się o finansowanie w ramach świadczeń gwarantowanych opieki długoterminowej realizowanych w warunkach dziennych – do końca 2030 r.**

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

1. **Dalszy rozwój sieci DDOM – do końca 2030 r.**

W kolejnych latach planuje się dalszy rozwój sieci DDOM, zarówno w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanych ze środków NFZ, jak również poprzez rozbudowę infrastruktury sieci DDOM w ramach dofinansowania ze środków unijnych na uruchomienie dodatkowych usług nieujętych w ramach świadczeń gwarantowanych, w tym działania inwestycyjne czy dostosowanie lub doposażenie pomieszczeń.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REZULTAT 1** | | | | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | Nr działania | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 1. Działanie bezkosztowe 2. Budżet NFZ 3. Finansowanie ze środków Europejskich (inwestycje, dostosowanie pomieszczeń, wyposażenie, dodatkowe usługi nieujęte w ramach świadczeń gwarantowanych)   Budżet NFZ (finansowanie świadczeń) | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | * 1. MZ we współpracy z NFZ   2. NFZ   3. IZ RPO/KPO, 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*

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

Niezbędne jest opracowanie standardu realizacji usług medycznych w Dziennych Centrach Wsparcia Pamięci (DCWP), które następnie zostaną przetestowane w projektach pilotażowych. Bazę do opracowania założeń ww. standardu stanowić będzie standard Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM), przygotowany i przetestowany w ramach PO WER.

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

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

Każde z Centrów 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 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 zapewni 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.

1. **Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej – do końca 2026 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.

1. **Opracowanie założeń** **konkursów na tworzenie i działalność DCWP w RPO 2021-2030 i opracowanie założeń włączenia DCWP do systemu świadczeń gwarantowanych – 2027 r.**

Na podstawie wyników ewaluacji pilotażu zostanie wypracowany ostateczny kształt standardu wsparcia w DCWP, który zostanie wykorzystany do przygotowania i przeprowadzenia konkursów obejmujących tworzenie i działalność DCWP w RPO 2021-2030 i włączenie DCWP do systemu świadczeń gwarantowanych.

1. **Tworzenie i finansowanie działalności 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.

1. **Analiza możliwości włączenia pozytywnie zwalidowanych form wsparcia do systemu świadczeń gwarantowanych do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej – do końca 2030 r.**

W przypadku pozytywnych wyników ewaluacji przeprowadzonego pilotażu rozważone zostanie włączenie Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci do świadczeń gwarantowanych udzielanych w opiece długoterminowej poprzez nowelizację rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REZULTAT 2** | | | | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | Nr działania | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | * 1. Finansowanie ze środków Europejskich   2. Finansowanie ze środków Europejskich   3. Finansowanie ze środków Europejskich   4. Działanie bezkosztowe   5. Finansowanie ze środków Europejskich   6. Budżet NFZ | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | * 1. MZ   2. MZ   3. MZ   4. IZ RPO, MZ   5. IZ RPO, MZ   6. 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 domowej w ostatnich latach sukcesywnie spada, to liczba udzielanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielonych w warunkach domowych, w tym w szczególności w ramach opieki pielęgniarskiej, 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 pielęgniarskiej, 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 duża część tych osób wymaga ze strony personelu medycznego przede wszystkim 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 dużej 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 przeciwodleżynowej 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.

**Sukcesywne zwiększanie się liczby opiekunów medycznych daje możliwość wykorzystania ich potencjału – po odpowiednim przeszkoleniu – w realizacji świadczeń** **opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Podniesienie kompetencji niemal połowy z ogółu (3 000 z 7 500 osób) przedstawicieli tej grupy zawodowej, zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia, z zakresu opieki nad pacjentami wymagającymi ww. świadczeń, potencjalnie stanowić może istotne wsparcie dla personelu pielęgniarskiego udzielającego świadczeń w przedmiotowych zakresach.**

*Rezultat 1*

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

*Działania*

**Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych – do końca 2022 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 realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki długoterminowej oraz hospicjum poprzez stosowne zmiany w zakresie wymogów kadrowych w przepisach prawnych dotyczących poszczególnych świadczeń.

Zgodnie z założeniami dla ww. zmian, opiekun medyczny przejmie przeprowadzanie prostych czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Pozwoli to zagospodarować aktualne zasoby kadrowe opiekunów medycznych oraz odciążyć 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** | Budżet NFZ | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | 1. MZ we współpracy z NFZ | | | | | | | | | | | |

## ROZWÓJ INNOWACYJNYCH FORM OPIEKI

**CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych oraz innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

*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 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; 66% lekarzy). Rozwijanie usług cyfrowych przyniesie korzyści w postaci zwiększenia efektywności opieki nad pacjentem. W grupie przebadanych osób pozytywna opinia dotycząca telemedycyny jest szczególnie widoczna wśród osób w wieku powyżej 60. roku życia (69,6% pacjentów uważa, że rozwój telemedycyny wpłynie pozytywnie na sytuację społeczną), co wskazuje na istotną rolę rozwiązań telemedycznych dla osób starszych.

Narzędzia e-zdrowia, w tym także telemedycyna, mogą być stosowane zarówno w odniesieniu do chorób przewlekłych, takich jak chorób naczyniowo-sercowych (m.in. poprzez konsultacje na odległość, zastosowanie urządzeń monitorujących stan zdrowia, urządzeń mobilnych, technologii ubieralnych), jak również wielu 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 obszary niezurbanizowane, znajdujące się w znacznym oddaleniu (kilkadziesiąt kilometrów) 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 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 jest możliwe m.in. dzięki zastosowaniu na szersza 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.

1. **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.

1. **Przeprowadzenie pilotaży procedur telemedycznych pod kątem 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.

1. **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.

1. **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** | | | | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | Nr działania | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 1. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (projekt telemedyczny) 2. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (projekt telemedyczny) 3. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (część konkursowa) 4. Środki Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014-2021 (projekt telemedyczny) 5. Budżet NFZ | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | 1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ 5. MZ we współpracy z NFZ | | | | | | | | | | | |

## 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 ⅓ ogółu pracy opiekuńczej[[76]](#footnote-77).

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[[77]](#footnote-78).

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 pielęgniarskiej opieki długoterminowej, domowe zabiegi rehabilitacyjne, dostęp do sprzętu ortopedycznego i pomocniczego, system dofinansowań takiego sprzętu oraz warunki jego uzyskania[[78]](#footnote-79). Wiedza ta jest istotna przede wszystkim na początkowym etapie opieki.

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, wykonywania prostych masaży i prostych zabiegów rehabilitacyjnych, pomiaru ciśnienia i opatrywania ran;
* sposób opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi.

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[[79]](#footnote-80). 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[[80]](#footnote-81).

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 swoich bliskich[[81]](#footnote-82).

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.

Wsparcie psychologiczne dla opiekunów daje możliwość podtrzymania lub poprawy zdolności do utrzymania właściwych relacji z pacjentem, zapobiegające depresji i „wypaleniu” opiekunów[[82]](#footnote-83).

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 oraz czasowej opieki wytchnieniowej w domu lub w środowisku lokalnym, 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 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.

1. **Organizacja i przeprowadzenie lokalnych szkoleń 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 2. Finansowanie ze środków Europejskich | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | * 1. MZ   2. IZ RPO, MZ | | | | | | | | | | | |

*Rezultat 2*

**Poprawa stanu psychicznego i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób chorych na demencję – do końca 2030 r.**

*Działania*

1. **Opracowanie założeń pilotażu wsparcia psychologicznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.**

W celu przeprowadzenia pilotażu wsparcia psychologicznego skierowanego do opiekunów nieformalnych planuje się opracowanie założeń realizacji poszczególnych działań w tym zakresie przez wybranych ekspertów.

1. **Przeprowadzenie pilotażu wsparcia psychologicznego w postaci sesji wsparcia psychospołecznego dla co najmniej 3 000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r.**

Sesje wsparcia psychospołecznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób chorych na demencję i inne choroby uniemożliwiające samoopiekę i samopielęgnację (np. osoby w terminalnej fazie choroby), zostaną pilotażowo wdrożone przez wybrane podmioty na terenie kraju zgodne z opracowaną formułą wsparcia psychologicznego. Działanie takie pozwoli na ocenę skuteczności proponowanych rozwiązań i możliwości ich wdrożenia na szerszą skalę.

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

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

1. **Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2030 r.**

Realizacja poradnictwa psychologicznego dla opiekunów nieformalnych (z naciskiem na terapie grupowe), ukierunkowanego na poprawę ogólnego stanu psychicznego, nabycie umiejętności radzenia sobie z łączeniem życia rodzinnego, społecznego i zawodowego ze sprawowaną opieką – do końca 2030 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REZULTAT 2** | | | | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | Nr działania | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 1. Środki NPZ 2. Finansowanie ze środków Europejskich 3. Finansowanie ze środków Europejskich 4. Budżet NFZ | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | 1. MZ 2. MZ 3. MZ 4. MZ we współpracy z NFZ | | | | | | | | | | | |

*Rezultat 3*

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

*Działania*

**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.

**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 dzwoniącym bieżących informacji odnośnie 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.

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

Pilotaż zostanie poddany ewaluacji w celu sporządzenia oceny, czy zastosowana forma wsparcia może kwalifikować się do dofinansowania ze środków publicznych, tj. czy cechuje ją wystarczająca efektywność i skuteczność.

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

Opcjonalnie utrzymanie działania infolinii zostanie sfinansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia lub ze środków pozyskanych na realizację krajowego planu na rzecz demencji.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REZULTAT 3** | | | | | | | | | | | | |
| **Termin realizacji działań** | Nr działania | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 1. Środki NPZ 2. Finansowanie ze środków Europejskich 3. Finansowanie ze środków Europejskich 4. Środki NPZ | | | | | | | | | | | |
| **Koordynacja** | 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 i wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu wymagające ze względu na swój stan zdrowia jakiejś formy opieki, pielęgnacji lub innego rodzaju wsparcia, jak również ich opiekunowie nieformalni mają niejednokrotnie problem z poruszaniem się w obrębie systemu ochrony zdrowia i usług zdrowotnych oraz otrzymaniem przysługującej im pomocy.

Brakuje kompleksowej bazy informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego oraz innych kwestii użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, w ramach którego osoby te mogłyby w sposób szybki i łatwy pozyskać interesujące ich informacje (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 udzielanie 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 i frustracji u jego opiekuna nieformalnego. Ponadto brak udostępnienia pacjentom i ich opiekunom jasnych zasad i warunków objęcia danym wsparciem może wzmagać poczucie bezsilności, marginalizacji i izolacji społecznej, co również negatywnie oddziałuje na ogólną jakość życia związaną ze zdrowiem i 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 informacji 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 takiego 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 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 czy 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 opracuje kompleksową bazę informacji oraz system ich aktualizacji.

1. **Zamieszczenie na stronie internetowej pacjent.gov.pl informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz ich bieżąca aktualizacji – 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://www.pacjent.gov.pl). Informacje mają być również zamieszczane na bieżąco (aktualizowane), w przejrzystej i komunikatywnej formie oraz w łatwy do nawigacji sposób, 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Indykatywne źródła finansowania** | 1. Środki NPZ/budżet państwa 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 2019 r. poz. 1295). 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 ze środków budżetowych i unijnych. 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, więc instytucją koordynującą realizację tych działań jest, , MZ we współpracy z innymi instytucjami, w tym Instytucjami Zarządzającymi Regionalnymi Programami Operacyjnymi. Istotnym elementem będzie skorelowanie działań o charakterze krajowym z działaniami realizowanymi w regionach.

*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 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.).

*Koordynacja*

Koordynacja realizacji działań i monitorowania rezultatów co do zasady spoczywa na MZ, 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.

*Ewaluacja*

W ramach wdrażania *Strategii* nie planuje się prowadzenia ewaluacji realizowanych działań.

*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 (domowa i dzienną) opieką długoterminową niż wzrostu liczby osób objętych 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;

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.

1. Osoby starsze, zgodnie z definicja zawartą w ustawie z dnia 11 września 2015 r. *o osobach starszych* (Dz. U. poz. 1705), to osoby w wieku 60 lat i więcej. [↑](#footnote-ref-2)
2. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 7; na podstawie: *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 4. [↑](#footnote-ref-3)
3. *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.* Stan w dniu 31 XII, GUS, 2019, s. 18. [↑](#footnote-ref-4)
4. *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania*, (red.) Wojtyniak B., Goryński P., Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2018, s. 13. [↑](#footnote-ref-5)
5. *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, GUS, Warszawa 2014, s. 167. [↑](#footnote-ref-6)
6. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 6. [↑](#footnote-ref-7)
7. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 7. [↑](#footnote-ref-8)
8. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 7. [↑](#footnote-ref-9)
9. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 9–10. [↑](#footnote-ref-10)
10. *Trwanie życia w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 8. [↑](#footnote-ref-11)
11. *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.* Stan w dniu 31 XII, GUS, 2019, s. 18. [↑](#footnote-ref-12)
12. *Informacja o* *sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 8. [↑](#footnote-ref-13)
13. *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2019 r.* Stan w dniu 31 XII, GUS, 2019, s. 18. [↑](#footnote-ref-14)
14. *Informacja o* *sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 8. [↑](#footnote-ref-15)
15. *Trwanie życia w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019, s. 8–11 oraz *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, (red.) Wojtyniak B, Goryński P, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*, Warszawa 2018, s. 15–16. [↑](#footnote-ref-16)
16. *Stan zdrowia ludności Polski 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 63. [↑](#footnote-ref-17)
17. *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania, (red.) Wojtyniak B, Goryński P, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*, Warszawa 2018, s. 15. [↑](#footnote-ref-18)
18. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 10 oraz *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania,* (red.) *Wojtyniak B, Goryński P, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*, Warszawa 2018, s. 15. [↑](#footnote-ref-19)
19. *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 42. [↑](#footnote-ref-20)
20. *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 16. [↑](#footnote-ref-21)
21. *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.). [↑](#footnote-ref-22)
22. *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 36. [↑](#footnote-ref-23)
23. Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. [↑](#footnote-ref-24)
24. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 8. [↑](#footnote-ref-25)
25. Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. [↑](#footnote-ref-26)
26. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 8. [↑](#footnote-ref-27)
27. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2018*, Warszawa 2019, s. 8–9. [↑](#footnote-ref-28)
28. *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, , Informacja o wynikach kontroli, NIK, Warszawa 2017, s. 8–9. [↑](#footnote-ref-29)
29. Na podstawie danych dla Polski według Globalnego Badania Obciążenia Chorobami: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. [↑](#footnote-ref-30)
30. *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Informacja o wynikach kontroli, NIK, Warszawa 2017, 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-Cabratosa L., Martí-Lluch R., Comas-Cufí M., Parramon D., Garcia-Gil M., Ramos R., *Clinic Epidemiology* 2019, nr 11, s. 217–228. [↑](#footnote-ref-31)
31. *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego Urzędu Statystycznego*, GUS, Warszawa 2018, s. 6. [↑](#footnote-ref-32)
32. *Osoby niepełnosprawne w 2018 r.*, GUS, Warszawa 2019 r., s. 2. [↑](#footnote-ref-33)
33. 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. [↑](#footnote-ref-34)
34. *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE),* Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-35)
35. *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE),* Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-36)
36. *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE),* Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-37)
37. *Stan zdrowia ludności Polski 2014*, GUS, Warszawa 2015, s. 71. [↑](#footnote-ref-38)
38. *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE),* Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-39)
39. *Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE),* Warszawa 2014. [↑](#footnote-ref-40)
40. Projekt został zrealizowany w 2015 r. przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich z inicjatywy DAE MRPiPS; badania opieki nad osobami starszymi dotyczyły osób w wieku co najmniej 70 lat faktycznie niesamodzielnych, tj. posiadających obiektywne stwierdzone ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu. [↑](#footnote-ref-41)
41. *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*. Poznań 2017, s. 14. [↑](#footnote-ref-42)
42. 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.). [↑](#footnote-ref-43)
43. 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>. [↑](#footnote-ref-44)
44. Mitek A., *Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, Zes*zyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse Rynki finansowe, Ubezpieczenia* 2014, nr 67, s. 992. [↑](#footnote-ref-45)
45. W wyniku ewaluacji pilotażu zwiększono liczbę miejsc w DDOM maksymalnie do 25 miejsc. [↑](#footnote-ref-46)
46. Na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-47)
47. 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.). [↑](#footnote-ref-48)
48. *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*. Poznań 2017, s. 21. [↑](#footnote-ref-49)
49. Rosochacka-Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, [w:] Racław M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011, s. 140. [↑](#footnote-ref-50)
50. *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). [↑](#footnote-ref-51)
51. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczani ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiej Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 z 24 października 2015r., s. 8. [↑](#footnote-ref-52)
52. Zgodnie z art. 23 i 87 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* (Dz.U. z 2019 r. poz. 2086 i 2028) [↑](#footnote-ref-53)
53. Zgodnie z art. 1008 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1145 i 1419) [↑](#footnote-ref-54)
54. *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, *Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 1na podstawie: *Long-Term Care for the Elderly in Poland*, Łuczak P., Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013. [↑](#footnote-ref-55)
55. *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. [↑](#footnote-ref-56)
56. *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, *Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015, s. 15 i 43. [↑](#footnote-ref-57)
57. *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:] Geriatria 2018, nr 12, s. 81. [↑](#footnote-ref-58)
58. *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report*, Eurofamcare 2006. [↑](#footnote-ref-59)
59. Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska B., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, s. 64. [↑](#footnote-ref-60)
60. 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. [↑](#footnote-ref-61)
61. 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. [↑](#footnote-ref-62)
62. 67% zgodnie z: *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*, Poznań 2017, s. 7 (dot. badania CATI). [↑](#footnote-ref-63)
63. 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:] Geriatria 2018, nr 12, s. 77. [↑](#footnote-ref-64)
64. 61,4% na podstawie: *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna. Raport z badań*. Poznań 2017, s. 68 (dot. badania CATI). [↑](#footnote-ref-65)
65. Badanie AZER (Wóycicka I., Rurarz R., 2007). [↑](#footnote-ref-66)
66. *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, GUS, Warszawa 2016, s. 3,14. [↑](#footnote-ref-67)
67. Racław M, *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] Hrynkiewicz J., *O sytuacji ludzi starszych*, tom 2., Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2012, s. 71-82. [↑](#footnote-ref-68)
68. Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*, Studia BAS, 2012, s. 74-75 44. [↑](#footnote-ref-69)
69. Na podstawie z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. [↑](#footnote-ref-70)
70. P*ielęgniarki i pielęgniarze opieki długoterminowej domowej*, Nowak-Kapusta Z, Irzyniec T., Franek G, Drzazga B., [w:] *Pielęgniarstwo Polskie* 2017, nr 3(65), s. 409–415. [↑](#footnote-ref-71)
71. Na podstawie danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. [↑](#footnote-ref-72)
72. *Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia* 2015–2019 wydawane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. [↑](#footnote-ref-73)
73. Rozporządzenie z dnia 13 marca 2017 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 622, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-74)
74. 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. [↑](#footnote-ref-75)
75. Durda M., *Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się*, *Gerontologia Polska* 2010, tom 18, nr 2, s. 77. [↑](#footnote-ref-76)
76. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej – raport z badania*, ROPS Kraków*,* Kraków 2015, s. 7. [↑](#footnote-ref-77)
77. *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej – raport z badania*, ROPS Kraków*,* Kraków 2015, s. 8. [↑](#footnote-ref-78)
78. Racław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacanej pracy*, [w:] *O sytuacji ludzi starszych*, J. Hrynkiewicz (red.), Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 76. [↑](#footnote-ref-79)
79. *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:] *Geriatria* 2018, nr 12, s. 75. [↑](#footnote-ref-80)
80. *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:] *Geriatria* 2018, nr 12, s. 75. [↑](#footnote-ref-81)
81. *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:] *Geriatria* 2018, nr 12, s. 81. [↑](#footnote-ref-82)
82. 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. [↑](#footnote-ref-83)