



UNIWERSYTET  
MEDYCZNY  
W ŁODZI

Prof. dr hab. med. Tomasz Kostka

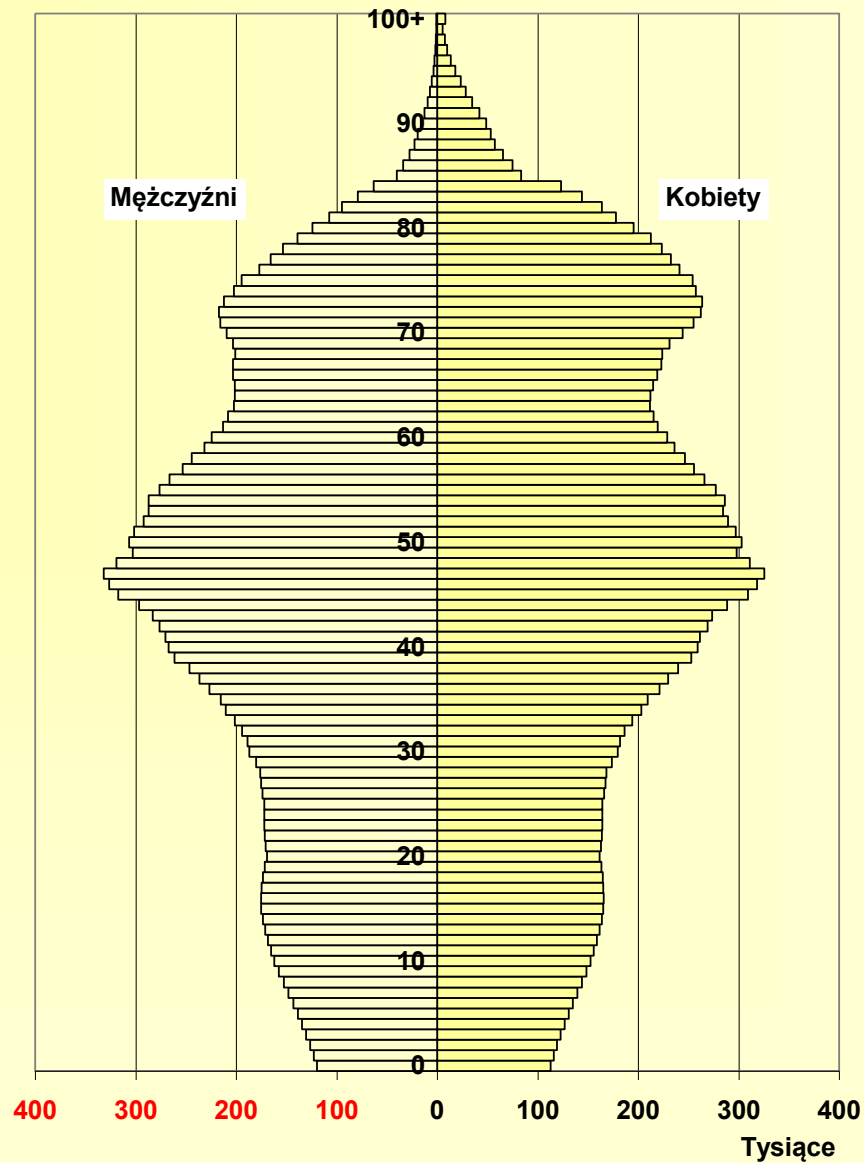
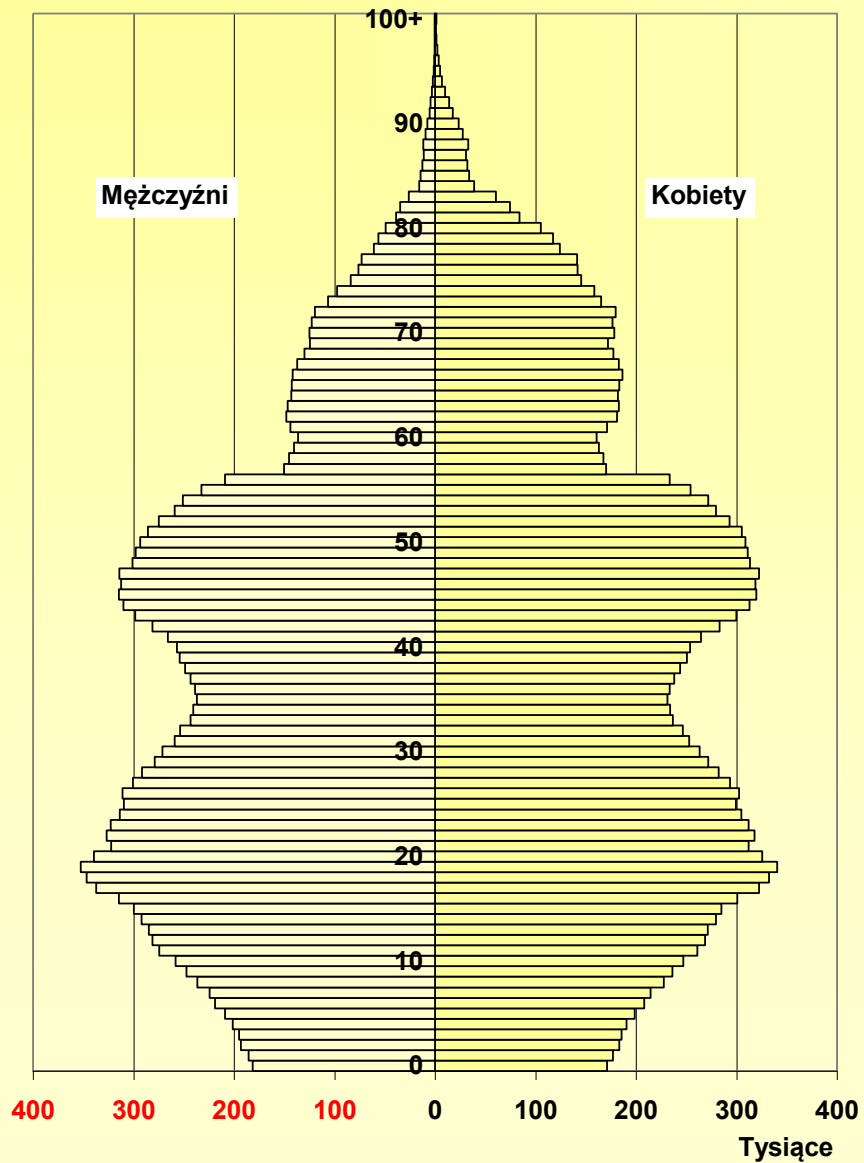


# Stan opieki geriatrycznej w Polsce – czerwiec 2018

# Ludność według płci i wieku w 2002 i 2030 r.

2002

2030



# **Miejsce geriatry w systemie ochrony zdrowia w Polsce**

**Jak jest**

# ROZPOZNANIA U 16 PACJENTÓW WYPISANYCH W CIAGU TYGODNIA Z ODDZIAŁU GERIATRII



## ❑ PACJENT LAT 90

Nadciśnienie tętnicze. Przewlekła choroba nerek w stadium G3b. Cukrzyca t 2. Choroba niedokrwienne serca. Zaawansowana choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych po leczeniu operacyjnym - osteotomia korekcyjna kości piszczelowej lewej i prawej (2000), rewizja stawu kolanowego prawego z synowektomia i drenazem ( 2001), osteotomia korekcyjna kości piszczelowej prawej ze stabilizacja gwoździem Kirchnera (2002), sequestrotomia kości piszczelowej prawej, drenaż ( 2012). Zastarzały przykurcz zgięciowy ( pourazowy) palców IV i V ręki lewej w stawach międzypaliczkowych i śródrečno paliczkowych.

## ❑ PACJENTKA LAT 85

Przewlekła choroba nerek w stadium G3b wg KDIGO. Torbiel nerki prawej. Hiperurykemia. Kamica moczowodowa bezobjawowa. Nadciśnienie tętnicze. Cukrzyca typu 2. Uchyłkowatość esicy. Stłuszczenie wątroby.

## ❑ **PACJENT LAT 90**

Zespół otępienny. Zaburzenia depresyjne. Naczyniopochodne uszkodzenie mózgu. Stan po udarze mózgu. Przewlekła choroba niedokrwienne serca. Przetrwale migotanie przedsionków. Nadciśnienie tętnicze. Niedomykalność zastawki aortalnej. Niedobór żelaza. Infekcja w drogach moczowych. Torbiele nerki prawej. Odleżyna okolicy kości biodrowej lewej i barku lewego. Stan po omdleniu z wtórnym urazem głowy (03.01.2016). Ca prostaty w trakcie leczenia hormonalnego w wywiadzie.

## ❑ **PACJENT LAT 79**

Nadciśnienie tętnicze. Przewlekła niewydolność krążenia. Choroba Ebsteina. Stan po implantacji kardiostymulatora z powodu tachy-brady. Niedokrwistość normocytrana. Niedobór żelaza. Małopłytkowość. Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej pod postacią hyponatremii. Przerost gruczołu krokowego. Zaburzenia dyspersyjne. Zespół otępienny stopnia średniego. Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa. Wielopoziomowe przepukliny jąder miażdżystych w odcinku L-S kręgosłupa. Lewoboczne skrzywienie kręgosłupa w odcinku piersiowym. Stan po przebytych złamaniu kręgu Th9. Obustronny niedosłuch odbiorczy. Przewlekła obturacyjna choroba płuc w wywiadzie.

## ❑ **PACJENTKA LAT 81**

Guz kątnicy w trakcie diagnostyki. Nadżerkowe zapalenie żołądka. Żylaki odbytu. Niedoczynność tarczycy w trakcie leczenia hormonalnego. Hipercholesterolemia w trakcie leczenia statynami. Miażdżycy uogólniona. Niedokrwistość normocytrana w przebiegu chorób przewlekłych. Niedobór żelaza. Osteoporoza. Kamica pęcherzyka żółciowego.

## □ PACJENTKA LAT 91

Neuralgia półpaścowa. Przewlekła choroba niedokrwienna serca. Napadowe migotanie przedsionków. Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Zawroty głowy pochodzenia naczyniowego. Niedoczynność tarczycy. Choroba wrzodowa żołądka. Torbiele wątroby. Torbiele nerek. Zwyródnienia wielostawowe.

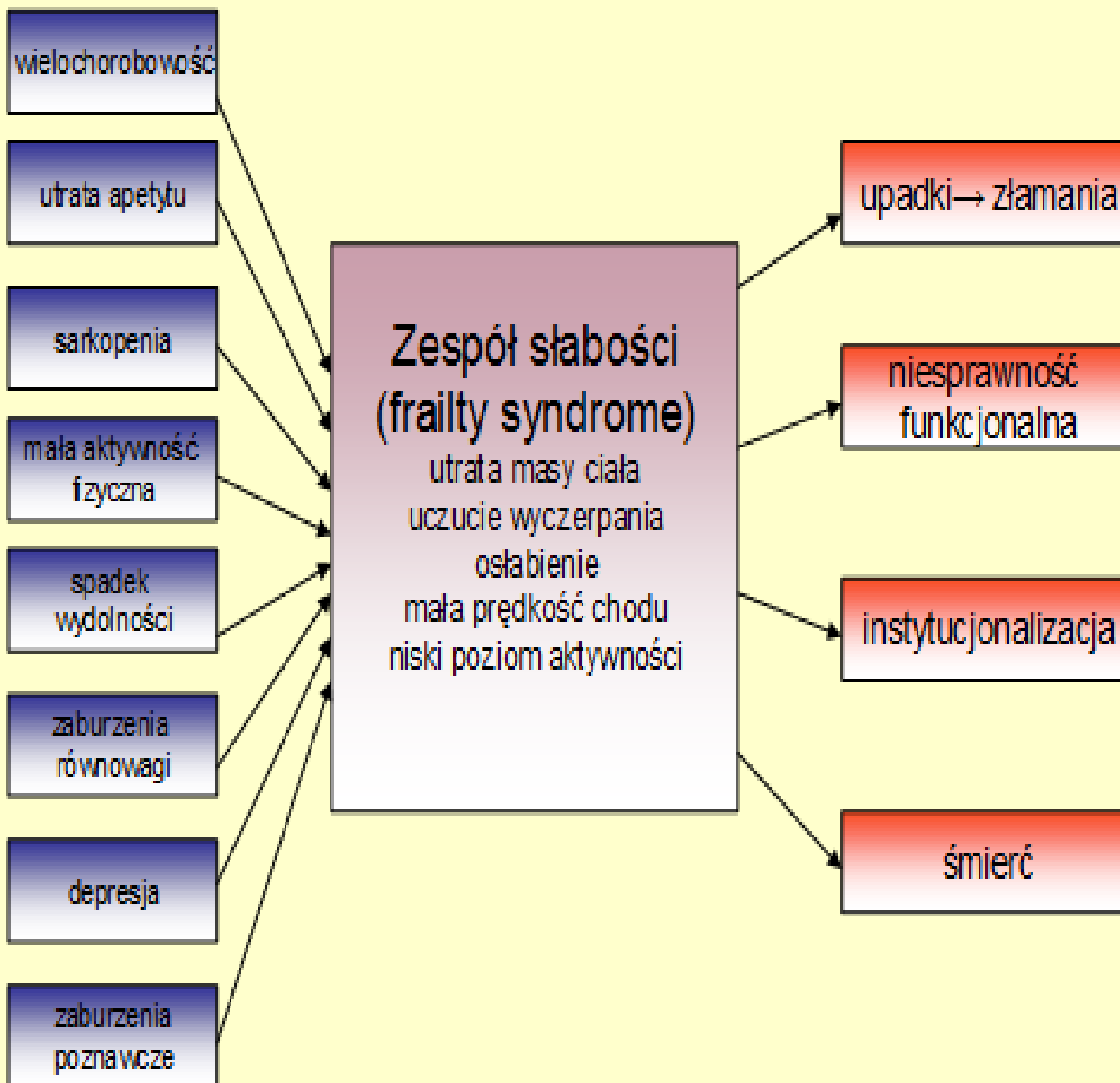
## □ PACJENT LAT 87

Kamica przewodowa. Żółtaczka mechaniczna. ECPW. Sfinkterotomia. Usunięcie złożeń. Stan po polipektomii kątnicy i odbytnicy (2009). Żylaki wewnętrzne odbytu. Dodatkowa śledziona. Torbiele nerek. Przewlekła choroba niedokrwienna serca. Stan po przezskórnej angioplastyce GPZ wraz z implantacją stentu (09/09/2003). Nadciśnienie tętnicze. Napadowe migotanie przedsionków. Przewlekła niewydolność żył głębokich lewej kończyny dolnej. Cukrzyca typu 2-go. Gruczolak prostaty. Łagodne zaburzenia poznawcze. Zaburzenia depresyjne. Jaskra obu oczu. Stan po operacji zaćma obu oczu.



# Mechanizm powstawania sarkopenii.







Rano!

Bioprazol	20 mg.	1	tabl
Nootropil	1200 mg.	1	tabl
Betaserc	24 mg	1	tabl
Tertensif	1,5 mg.	1	tabl
metocard	50 mg	1/2	tabl
Vicebrol	5 mg	1	tabl
Propranolol	40 mg	1	tabl
Lozap	50 mg	1	tabl
Cloranxen	5 mg	1	tabl
Chlorprothixen	15 mg.	1	tabl
Edronax	4 mg	1/2	tabl.

Setal

Popołudnie

Nootropil	1200 mg.	1	tabl
Metocard	50 mg.	1/2	tabl
Vicebrol	5 mg	1	tabl
Chlorprothixen	15 mg.	1	tabl
Edronax	4 mg.	1/2	tabl.

Wieczór

Propranolol	40 mg.	1	tabl
Vicebrol	5 mg.	1	tabl
Lacipil	4 mg	1/2	tabl
simvastrol	40 mg	1	tabl
Betaserc	24 mg	1	tabl
Acard	75 mg	1	tabl
Metocard	50 mg	1/2	tabl
Mirtol	30 mg.	1	tabl
Cloranxen	5 mg	1	tabl.

Setal

# DOSTĘPNOŚĆ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

- ❑ Liczba geriatrów (ok. 430) i łóżek geriatrycznych (ok. 900) w Polsce jest wielokrotnie mniejsza w porównaniu ze średnią europejską. Determinuje to ograniczoną dostępność do świadczeń i powoduje, że pacjent w wieku starszym jest najczęściej hospitalizowany w oddziale innym niż geriatryczny.

# FINANSOWANIE

Zgodnie z informacją z Narodowego Funduszu Zdrowia szpitale dysponują 776 łózkami geriatrycznymi, czyli 0,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców – dane z NFZ (wg stanu na styczeń 2014 r.). Największą liczbę oddziałów posiada województwo śląskie – 8 i dolnośląskie – 5.

W pozostały województwach liczba oddziałów geriatrycznych waha się od 1 do 3 tego rodzaju placówek. Wartość umów w zakresie opieki geriatrycznej pomiędzy 2009 r. a 2014 r. zwiększyła się w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (z 1 756 799 zł do **3 215 850 zł**) i w opiece stacjonarnej – hospitalizacja (z 43 584 213 zł do **60 435 267 zł**).

# **Miejsce geriatry w systemie ochrony zdrowia w Polsce**

**Jak powinno być**

- Zapalenie płuc- POZ, pulmonolog
- Owrzodzenie opuszki dwunastnicy- gastrolog
- Choroba niedokrwienności serca – 35% - lekarz kardiolog, POZ
- Cukrzyca – 20% - lekarz diabetolog, POZ
- Ołępienie (dementia) – 20% - neurolog, psychiatra, geriatra
- Choroba Parkinsona – 5% - neurolog
- Choroba zwyrodnieniowa stawów – 70% - ortopeda, specjalista rehabilitacji medycznej
- Nietrzymanie moczu – (w DPS ok 50%) - urolog, ginekolog
- Choroba Alzheimera – 13% - neurolog, psychiatra, geriatra
- Udar mózgu – 10% - neurolog
- Choroby nowotworowe - 23% - onkolog, chirurg onkologiczny (inne specjalizacje onkologiczne) specjalista medycyny paliatywnej
- Choroby nerek – 40% - urolog, nefrolog
- Osteoporoza – ortopeda, POZ, specjalista chorób metabolicznych kości
- Depresja – 30% - psychiatra,
- Miażdżycyca- POZ, kardiolog
- POChP – 8% - pulmonolog
- Zakażenie układu moczowego - urolog, POZ, nefrolog
- Niewydolność krążenia- 10%-20% - kardiolog, internista
- Nadciśnienie tętnicze – 70% - lekarz kardiolog, POZ, lekarz hipertensjolog
- Przewlekłe zapalenie oskrzeli – 10% - POZ, pulmonolog



# GERIATRIA

## Social frailty

	Urban environment (n=935)	Rural environment (n=812)	Statistical significance
Who the respondent lived with (%):			
- husband/wife/partner	35.2	17.6	Chi <sup>2</sup> =185.1 p<0.001
- with my family	32.0	64.5	
- alone	<b>32.8</b>	<b>17.9</b>	
Who looked after the respondent at home (%):			
- nobody	<b>44.7</b>	<b>10.7</b>	Chi <sup>2</sup> =244.3 p<0.001
- a family member (husband/wife, friends/neighbours)	51.2	82.8	
- a family nurse practitioner	4.1	6.5	

**geriatria ↔ interna plus**  
**neurologia, psychiatria, rehabilitacja**





**geriatria ↔ rehabilitacja**



**Pacjenci w podeszłym wieku z zespołem słabości powinni być poddawani ocenie pod kątem potencjału rehabilitacyjnego. Do oceny zalecane są standaryzowane narzędzia (kompleksowa ocena geriatryczna).  
Podejście do rehabilitacji geriatrycznej powinno mieć charakter interdyscyplinarny i zespołowy.**

Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F.

State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment.

Arch Phys Med Rehabil. 2003 Jun;84(6):890-7.

# **Korzyści wynikające z opieki geriatrycznej**

**Poprawa rokowania - zmniejszone ryzyko śmierci**

**Zmniejszone ryzyko ponownej hospitalizacji**

**Większa szansa poprawy stanu funkcjonalnego**

**Zwiększone prawdopodobieństwo dalszego mieszkania w swym domu**

**Obniżony całkowity koszt opieki**

Stuck AE et al.: Comprehensive geriatric assessment - a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342: 1032-1036.

Derejczyk et al.: Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy - czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? Gerontologia Polska 2008; 16:149-59.

Sieć szpitali. NFZ – finansowanie geriatryi.  
Mapy zdrowotne  
VES-13 do oceny geriatrycznej

**Sieć szpitali. NFZ – finansowanie geriatryi.**

Mapy zdrowotne

VES-13 do oceny geriatrycznej

**24.02.2017**

Po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali geriatry nadal finansowana

## **Wyjaśnienia w związku z nieprawdziwymi informacjami o braku finansowania geriatry po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali.**

Zgodnie z aktualną wersją projektowanych przepisów regulujących funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) świadczenia z zakresu geriatry będą mogły być realizowane w ramach PSZ, przez szpitale zakwalifikowane do poziomów:

szpitali III stopnia,

szpitali ogólnopolskich

które będą mogły udzielać świadczeń w ramach wszystkich posiadanych profili z zakresu leczenia szpitalnego.

Ponadto szpitale zakwalifikowane do poziomu szpitali I lub II stopnia, udzielające świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne, będą mogły w ramach PSZ udzielać również świadczeń z zakresu geriatry. Należy przy tym podkreślić, **że nie będzie to uwarunkowane zmianami organizacyjnymi, polegającymi na włączaniu dotychczas samodzielnie funkcjonujących oddziałów geriatrycznych do oddziałów interny**. Przy kalkulacji wysokości ryczałtu PSZ dla szpitali realizujących profil choroby wewnętrzne, będą brane pod uwagę również świadczenia należące do profilu geriatry, rozliczone uprzednio w ramach kwoty zobowiązania przeznaczonej na zakres świadczeń – geriatry.

Projekt ustawy przewiduje również możliwość zastosowania w niektórych sytuacjach nadzwyczajnego trybu kwalifikacji do PSZ. W przypadku szpitali szczególnie istotnych dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców danego regionu dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia, będzie mógł dokonać jego kwalifikacji do PSZ, pomimo niespełniania wszystkich kryteriów.

Równolegle do PSZ zachowany będzie także obecny tryb kontraktowania świadczeń szpitalnych, na zasadzie konkursów ofert lub rokowań. Niezakwalifikowanie danego szpitala do PSZ nie oznacza więc, że zostanie on pozbawiony możliwości udzielania świadczeń w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dyrektor danego oddziału wojewódzkiego Funduszu będzie w dalszym ciągu ogłaszał postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając zidentyfikowane potrzeby zdrowotne na danym obszarze, w oparciu o plan zakupu świadczeń sporządzony na dany rok.

Nie ma zatem żadnego zagrożenia dla finansowania świadczeń geriatrycznych po wprowadzeniu PSZ.

# Zapewnione finansowanie świadczeń geriatrycznych w ramach sieci szpitali

W związku z artykułem, który został dziś opublikowany w „Super Expressie”, wyjaśniamy, że zawarte w nim informacje **o braku finansowania geriatry w ramach sieci szpitali są nieprawdziwe.**

W ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) świadczenia szpitalne w zakresie geriatry będą mogły być realizowane przez szpitale zakwalifikowane do poziomów szpitali III stopnia oraz szpitali ogólnopolskich. Dotyczy to **18 szpitali poziomu III i ogólnopolskiego**, które dotychczas realizowały świadczenia w tym profilu.

Ponadto, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu zabezpieczenia*, szpital zakwalifikowany do poziomu szpitali I albo II stopnia, który będzie udzielał świadczeń w ramach profilu choroby wewnętrzne, w tym świadczeń realizowanych również w ramach profilu geriatry, otrzyma środki finansowe na świadczenia geriatryczne w ramach PSZ. Dotyczy to **28 szpitali poziomu I i II**, które dotychczas realizowały świadczenia w tych profilach.

Równoległe do PSZ zachowany będzie także obecny tryb kontraktowania świadczeń szpitalnych na zasadzie konkursów ofert lub rokowań. NFZ w dalszym ciągu, w miarę istnienia takich potrzeb na danym terenie, będzie mógł kontraktować świadczenia szpitalne poza PSZ – na zasadzie konkursów ofert.

**Nie ma zatem żadnego zagrożenia dla finansowania świadczeń geriatrycznych w ramach PSZ.**

*Ministerstwo Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby zawarte w tym miejscu dane były rzetelne, wyczerpujące i aktualne. Jednak mają one charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą stanowić podstawy do jakichkolwiek roszczeń.*

Sieć szpitali

**Sytuacja Oddziałów geriatrycznych w poszczególnych województwach po wejściu w życie tzw. ustawy o sieci szpitali (oddziały w sieci/poza siecią, finansowanie, "wchłonięcie" przez interne) – informacje od konsultantów wojewódzkich**



Sieć szpitali. NFZ – finansowanie geriatrici.

Mapy zdrowotne

VES-13 do oceny geriatricznej

Ministerstwo Zdrowia

Komisje Sejmowe

Narodowa Rada Rozwoju

Rzecznik Praw Obywatelskich

Rzecznik Praw Pacjenta

MZ/NFZ

Konsultacyjny Zespół Geriatryczny  
Hospitalizacja Jednodniowa  
Rehabilitacja Geriatryczna

Sieć szpitali

Mapy zdrowotne

VES-13 do oceny geriatrycznej

Sieć szpitali  
Mapy zdrowotne

VES-13 do oceny geriatrycznej

Ministerstwo Zdrowia

# VES-13 do oceny geriatrycznej

Pismo Ministra Jarosława Pinkasa z 10 stycznia 2017 wg rozdzielnika:

Wynik VES-13 >6: „...obligowałyby do poszerzenia diagnostyki i przeprowadzenia COG.”

Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 57 2017 DSOZ 26-07-2017;  
załącznik 14 (poprzednio 11a) – wersja VES-13 z Rekomendacji  
PTG 2013

Zarządzenie Prezesa NFZ – możliwość  
wykonania/finansowania VES-13 na oddziałach innych niż  
geriatryczne

# WNIOSKI

- ❑ Liczba miejsc specjalizacyjnych, chociaż wzrasta w ostatnich latach, wydaje się wciąż zbyt mała w stosunku do potrzeb. Niska atrakcyjność finansowa w porównaniu z innymi specjalizacjami lekarskimi, a także brak wystarczającej liczby potencjalnych miejsc pracy (oddziałów geriatrycznych) powodują, że wielu geriatrów nie pracuje w swojej specjalności, a jednocześnie istnieją nie wykorzystane miejsca specjalizacyjne.

- ❑ W celu poprawy dostępności do świadczeń geriatrycznych konieczne, wydaje się tworzenie kontraktowanych łóżek geriatrycznych w obrębie oddziałów internistycznych oraz przekształcenia oddziałów internistycznych na internistyczno-geriatryczne (z kontraktem geriatrycznym).
- ❑ Oddziały (pododdziały) rehabilitacji geriatrycznej
- ❑ Inne formy opieki geriatrycznej: szpital dzienny, hospitalizacja domowa.

- ❑ System opieki geriatrycznej powinien dążyć do modelu, w którym osoba starsza i niepełnosprawna po pobycie w szpitalu (na oddziale geriatrycznym lub innym) była objęta rehabilitacją geriatryczną, a następnie optymalnie powróciła do swojego środowiska domowego. Jeśli pacjent wymaga pomocy w czynnościach codziennych powinien mieć pełną dostępność do usług pracowników opieki socjalnej, pielęgniarstwa rodzinnego i systematycznych zajęć rehabilitacyjnych, fizjoterapii.



**Wprowadzenie sieci szpitali wprowadziło  
element zawieszenia i niepewności co do  
dalszej opieki geriatrycznej w Polsce**

Docelowym modelem opieki powinien być system łączący:

- opiekę podstawową (geriatra lub lekarz rodzinny z solidnym wykształceniem geriatrycznym – **podstawowa opieka geriatryczna!**)
- z opieką szpitalną (oddział geriatryczny lub internistyczno-geriatryczny; oddział lub pododdział rehabilitacji geriatrycznej; szpital dzienny)
- z opieką środowiskową



UNIWERSYTET  
MEDYCZNY  
W ŁODZI

Prof. dr hab. med. Tomasz Kostka



# Dziękuję za uwagę