

70 milionów złotych na 47 oddziałów

Czy w wieku 104 lat na stadionie lekkoatletycznym można ustanawiać rekordy świata i Europy weteranów? Mieszkaniec Świdnicy, Stanisław Kowalski, bez wahania powie: tak! Jest przecież autorem tych niespodzianek. Do niego należy rekord świata w biegu na 60 metrów i pchnięciu kulą oraz rekordu Europy w biegu na 100 metrów.

Sportowymi sukcesami mogą się pochwalić także wałbrzyscy, nieco jednak młodszy, seniorzy. Trenują dwa razy w tygodniu na krytej ujeżdżalni dla koni. Osiemdziesięcioletni Michał Drohomirecki, były górnik, jest dwukrotnym rekordzistą świata weteranów. Ich zdaniem i w tym wieku można być młodym. Pytani o receptę, wskazują na potrzebę ruchu, wyzbycia się używek, wczesnej pory snu oraz regularnego treningu na miarę sił. Niewykluczone, że niebawem Polak w szacownym wieku zatknie biało-czerwoną flagę na szczycie Mount Everest. Do tej pory najstarszym jego zdobywcą – i to trzykrotnym – jest 80-letni Japończyk Yuichiro Miura.

Genetycznie człowiek zaprogramowany jest na 120 lat. Do tej granicy mamy jeszcze daleko, choć trzeba zauważyć korzystne tendencje. Otóż wg Głównego Urzędu Statystycznego przeciętne trwanie życia w Polsce w latach 1990–2012 wynosiło: kobiety – 79 lat, mężczyźni – 70. Prognoza na lata 2014–2050 jest następująca: kobiety – 89 lat, mężczyźni – 84 lata. Społeczeństwa wie-

lu krajów, z uwagi na niższe wskaźniki dzietności, szybko się starzeją. Pod tym względem Polska jest w gronie 30 państw najbardziej zaawansowanych w tym zakresie. Za dwie dekady 10 mln Polek i Polaków będzie na emeryturze. I jeżeli nie nastąpi kolejna reforma ZUS, ich sytuacja finansowa będzie nie do pozazdroszczenia. A przecież w tym okresie indywidualne wydatki na ochronę zdrowia stanowią pokaźną część domowego budżetu.

Inny problem, który już dzisiaj mocno daje się we znaki, stanowi dostępność i jakość systemu opieki geriatrycznej. Zaczynamy nadrabiać wieloletnie zaległości, ale na efekty przyjdzie poczekać kilka, a w niektórych dziedzinach nawet kilkanaście lat. Dość powiedzieć, że na przykład w Szwecji geriatra przypada na 2400 mieszkańców w wieku ponad 65 lat, w Słowacji – 3800, a w Polsce – na 62 500. Istnieje pilna potrzeba tworzenia oddziałów geriatrycznych w szpitalach, zarazem przygotowania specjalistów. Większość pacjentów trafia na oddziały internistyczne, wewnętrzne. Tymczasem, jak dowodzi Najwyższa

Izba Kontroli w swoim najnowszym raporcie z 13 kwietnia 2014 r., leczenie na internie jest mniej skuteczne i droższe. „Kontrola – czytamy na www.rynekapteki.pl – odbyła się jesienią ubiegłego roku i dotyczyła lat 2011–2013. Najwyższa Izba Kontroli zbadała również, ile NFZ wydał na leczenie starszych pacjentów, którzy przebywali na geriatryi przez 12 miesięcy. Porównał je z wydatkami na pacjentów, którzy byli leczeni na internie. Pod uwagę brano tylko typowych chorych, czyli z dziesięcioma najczęstszymi rozpoznaniem (jak np. miażdżycą czy niewydolnością krążenia). Analizowano dane z trzech lat. Wyszło na to, że w 2011 r. wydatki na pacjenta z geriatryi były o 11 proc. niższe niż na pacjenta z interny. W 2013 r. pacjent z geriatryi był aż o 20 proc. (czyli ok. 2 tys. zł) tańszy. Również na leki dla pacjentów z geriatryi NFZ wydaje mniej – w 2013 r. o 25 proc.”.

Krytycznie oceniło ten dokument Towarzystwo Internistów Polskich. Jego zdaniem niektóre informacje zawarte w raporcie mają propagandowy charakter, kreślą fałszywy obraz szpitalnych oddziałów internistycznych i wewnętrznych. Dowodzi ono, że na przykład pobyt chorego na geriatryi jest nieco dłuższy niż na internie, jednakże całoroczne koszty leczenia chorego po wyjściu z oddziału geriatrycznego są o 11–20% mniejsze niż analogiczne wydatki na chorego po jego hospitalizacji na internie.

Nie ma wątpliwości, że starsi ludzie wymagają innego leczenia niż młodszy. Choćby z tego powodu, że często równocześnie, z różnym nasileniem, występują u nich różne schorzenia. Tym bardziej wskazuje się na wagę wykonanej kompleksowo i w porę tzw. całościowej oceny geriatrycznej. Powstawać ona powinna przy udziale lekarzy różnych specjalności, psychologów, terapeutów, fizjoterapeutów, rehabilitantów oraz pielęgniarek. Niezwykle ułatwiałaby właściwe ustalenie leczenia, wsparcie fizyczne i psychiczne pacjentów. Rzecz jasna, nie można na tym poprzestać. Konieczny jest system monitorowania wszystkich zarejestrowanych osób, które przeszły te badania, wyznaczania terminów ich powtarzania, reagowania na każdą istotną zmianę stanu zdrowia, ko-



Światowa Organizacja Zdrowia w 2004 r. zdefiniowała geriatrję jako dziedzinę medycyny zajmującą się zdrowiem, chorobami, opieką i pomocą osobom w podeszłym wieku. Gerontologię uznała natomiast za wielodyscyplinarny kierunek nauki związany ze wszystkimi aspektami starzenia się.

rygowania zestawu aplikowanych leków. Tymczasem w minionych latach zmniejszała się liczba kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oddziałów i poradni geriatrycznych. W 2008 r. było ich odpowiednio 46 i 76, a w 2013 r. – 38 i 73. A musimy pamiętać, że najwyższy, a zarazem odznaczający się największą dynamiką wzrost udziału osób w wieku ponad 65 lat przypada u nas na lata 2015–2025 (wzrost o 13%). Narodowy Fundusz Zdrowia szacuje, że wydatki na ich leczenie powinny wzrosnąć przynajmniej o 5%. W 2012 r. na każdego uprawnionego w tej grupie wiekowej wynosiły one 3092 zł. Roczny koszt utrzymania łóżka geriatrycznego wynosił wówczas 81 915 zł. W tym roku, wg informacji Agnieszki Gołąbek, rzecznika prasowego NFZ, na 47 oddziałów (9 więcej niż rok temu) geriatrycznych przeznaczono ponad 70 mln zł. Przy tej okazji odniosła ona te dane do 2011 r., kiedy to zakontraktowane były 32 oddziały na łączną kwotę 44 mln zł.

– Procedury geriatryczne są niedofinansowane – mówi portalowi Wspolczena.pl prof. Barbara Bień, podlaski konsultant ds. geriatry i szefowa Kliniki Geriatry Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. – Osoba starsza najczęściej cierpi na wiele różnych chorób, a NFZ płaci geriatrom za leczenie tylko jednego schorzenia. Musimy wybierać do rozliczenia to najbardziej opłacalne, choć wcale nie musi być najbardziej istotne w przypadku danego pacjenta. Dopóki nie będzie innego finansowania geriatry, lepiej nie będzie. Placówkom nie opłaca się bowiem tworzenie łóżek czy poradni geriatrycznych.

„W 2007 r. – pisze Judyta Watoła w artykule Śmierć zamiast geriatry („Gazeta Wyborcza” z 13 kwietnia 2015 r.) – minister zdrowia powołał ekspertów, którzy opracowali standardy opieki geriatrycznej. Chodziło o to, żeby w każdym szpitalu, w którym leczy się starszych ludzi, działał zespół z geriatry, psychologa, wyspecjalizowanej pielęgniarki i fizjoterapeuty zespół, który służyłby innym specjalistom wskazówkami. Minęło osiem lat, a rozporządzenie o standardach nie weszło w życie”.

ANDRZEJ PIECHOCKI

FOT. WWW.REGIONFAKTY.PL