



Ministerstwo Zdrowia

Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce

Miernik D1L

Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności



**KRAJOWY
PLAN ODBUDOWY**

Warszawa, 2022 r.

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności

Komponent:	D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”
Reforma:	D1.2. „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości usług opieki długoterminowej świadczeniodawców opieki zdrowotnej na poziomie powiatowym”
Miernik („kamień milowy”):	D1L „Przegląd możliwości tworzenia oddziałów/ośrodków opieki długoterminowej i geriatrycznej w szpitalach powiatowych w Polsce”

Spis treści

<i>Executive summary</i>	5
Wstęp	6
Przyjęte założenia.....	8
1. Zarys problemu.....	10
2. Analiza podaży.....	12
2.1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych	12
2.1.1. Opieka długoterminowa.....	12
2.1.2. Opieka geriatryczna.....	14
2.2. Analiza potencjału infrastrukturalnego	16
2.2.1. Opieka długoterminowa.....	16
2.2.2. Opieka geriatryczna.....	19
2.3. Analiza potencjału kadrowego	22
2.3.1. Opieka długoterminowa.....	22
2.3.2. Opieka geriatryczna.....	24
2.4. Wnioski	26
3. Analiza popytu.....	28
3.1. Profil pacjenta.....	28
3.2. Analiza czynników demograficzno-społecznych wpływających na popyt.....	29
3.2.1. Czynniki demograficzne.....	29
3.2.2. Trwanie życia i trwanie życia w zdrowiu	30
3.2.3. Potencjał opiekuńczy.....	34
3.2.4. Stopień niepełnosprawności i niesamodzielności.....	35
3.3. Wnioski	38
4. Porównanie popytu i podaży.....	41
4.1. Prognoza popytu na świadczenia stacjonarnej i domowej opieki długoterminowej	41
4.2. Określenie poziomu równowagi	42
5. Ocena możliwości przekształcenia oddziałów szpitalnych	43
5.1. Oszacowanie potencjału przekształceń	43
5.1.1. Niewykorzystany potencjał	43

5.1.2. Nieefektywnie wykorzystany potencjał	46
5.2. Warunki brzegowe analizy.....	51
5.2.1. Obecna struktura.....	51
5.2.2. Porównanie wymogów formalnych	53
Podsumowanie	61

Executive summary

Potrzeby z zakresu opieki długoterminowej w Polsce zabezpieczane są w ramach systemu ochrony zdrowia (świadczenia medyczne) oraz pomocy społecznej (świadczenia socjalne). Równocześnie istnieje sektor opieki nieformalnej, sprawowanej przez rodziny.

W ramach publicznego systemu ochrony zdrowia świadczenia opieki długoterminowej udzielane są w trybie domowym i stacjonarnym. Ciągłe są rozwijane, także poprzez wprowadzanie form pośrednich świadczenia opieki. Usługi dostarcza kilka grup specjalistów medycznych (m.in. lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów).

Zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze osób starszych w populacji Polski są związane głównie ze zmianami demograficznymi oraz wzorcami profilaktycznymi i kulturowymi. Potrzeby te będą w przyszłości rosnąć i potencjalnie powodować konieczność intensyfikacji wdrażania różnorodnych form rozwiązań systemowych.

Zidentyfikowano obszary funkcjonowania placówek ochrony zdrowia, które pozwalają na przekształcenie istniejących zasobów w ośrodki opieki długoterminowej lub oddziały geriatryczne. Maksymalny możliwy poziom oszacowano na około 17 tys. łóżek, jednak z uwagi na konieczność zabezpieczenia potrzeb epidemiologicznych, liczba oszacowanego potencjału może nie być w całości przekształcona.

Przekształcenia nie mogą nastąpić bez wsparcia doposażenia sprzętowego, remontów, szkoleń kadr, przenoszenia świadczeń na niższe poziomy opieki, dostosowania poziomu finansowania istniejącego potencjału łóżkowego w ramach opieki długoterminowej, czy zmian zakresu kontraktowania.

Przekształcenia są tylko jednym z działań, jakie przyczynią się do zwiększenia podaży. Pełne zabezpieczenie istniejących i przyszłych potrzeb w zakresie medycznej opieki długoterminowej zostanie realizowane poprzez uruchomienie nowych (stacjonarnych i niestacjonarnych) form opieki, w tym o charakterze zdeinstytucjonalizowanym, oraz koordynacji wielu form świadczeń zdrowotnych, także świadczeń pozasektorowych realizowanych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Wielokierunkowe działania zmierzające do optymalizacji struktury potencjału, zarówno w zakresie wzmocnienia działań profilaktycznych, przekierowania opieki na niższe szczeble, jak również przesunięcie ciężaru opieki nad osobami starszymi na tryb domowy i zdeinstytucjonalizowany, wymagać będzie dynamicznego reagowania.

Wstęp

Analiza wskaźników demograficznych w Polsce wskazuje na dwa główne trendy: zmniejszenie liczby ludności oraz spadek liczby lat przeżytych w zdrowiu. Wpływa to na zwiększenie obciążenia systemu ochrony zdrowia, szczególnie w zakresie świadczeń związanych z leczeniem, usprawnianiem i opieką nad osobami starszymi.

Zgodnie z diagnozą przedstawioną w mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, obserwowana rosnąca liczba osób starszych, przewlekle chorych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niesie za sobą szereg wyzwań związanych z zapewnieniem właściwej opieki pielęgnacyjnej i opiekuńczej dla coraz większej liczby osób ze złożonymi problemami zdrowotnymi. Obecne działania systemu ochrony zdrowia skoncentrowane są na zabezpieczeniu aktualnych oraz przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności. Dotyczą one nie tylko wsparcia rozwoju opieki pozainstytucjonalnej czy ograniczenia deficytu kadrowego, ale również zwiększenia liczby miejsc w zakładach opiekuńczych o wysokiej jakości, dostosowanej do zróżnicowanej struktury. Wzmocnienie tych działań jest elementem planowanych inwestycji w ramach KPO, w efekcie których nastąpi dostosowanie infrastruktury podmiotów leczniczych w zakresie opieki długoterminowej i geriatrycznej.

W Polsce jedną z form opieki nad osobami starszymi, które doświadczają ograniczenia samodzielności, jest opieka nieformalna sprawowana przez rodzinę. Wynika to z kulturowego modelu rodziny oraz z uwarunkowań społecznych. Wsparcie ze strony rodziny nie zawsze zaspokaja potrzeby podopiecznych, a dodatkowo ogranicza możliwość pracy zawodowej opiekuna oraz – w długim okresie – obciąża go fizycznie i emocjonalnie. Z uwagi na zwiększający się poziom aktywności zawodowej, a także zachodzące zmiany demograficzne i kulturowe, liczba opiekunów nieformalnych będzie się sukcesywnie zmniejszała. Wskazuje to na konieczność wsparcia działań związanych zarówno z rozwojem opieki stacjonarnej, jak i zdeinstytucjonalizowanej, udzielanej przez profesjonalny personel medyczny i opiekuńczy.¹

Celem przeglądu jest przeprowadzenie szczegółowej analizy możliwości przekształcenia części potencjału szpitali powiatowych w ośrodki opieki długoterminowej lub oddziały geriatryczne. W ramach analizy zbadano w szczególności możliwe działania prowadzące do:

- zwiększenia dostępności świadczeń zdrowotnej opieki długoterminowej poprzez zrównoważenie podaży świadczeń opieki długoterminowej, szczególnie na poziomie powiatu;
- zmniejszenia potencjalnych nierówności w dostępie do świadczeń w zakresie zdrowotnej opieki długoterminowej udzielanej w trybie stacjonarnym;

¹ „Strategia Deinstytucjonalizacji. Opieka zdrowotna nad osobami starszymi”, załącznik do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, Ministerstwo Zdrowia, s. 38-39.

- poprawy warunków pracy personelu medycznego zaangażowanego w realizację świadczeń na rzecz osób wymagających opieki długoterminowej;
- poprawy jakości opieki długoterminowej udzielanej w trybie stacjonarnym.

Tworzenie w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych jest częścią szerszego procesu reform zaplanowanych nie tylko dla lecznictwa szpitalnego, ale również opieki ambulatoryjnej i profilaktyki, co w całości przełoży się na wzmocnienie opieki nad osobami starszymi.

Opracowanie przeglądu stanowi wypełnienie osiągnięcia miernika (tzw. „kamienia milowego”) D1L Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Będzie on załącznikiem do aktu prawnego, wspierającego proces wyboru szpitali powiatowych kwalifikujących się do wsparcia, który stanowi kolejny miernik (D2L). W następnych krokach Ministerstwo Zdrowia przygotuje strategiczny przegląd opieki długoterminowej w Polsce, proces restrukturyzacji szpitali oraz wdroży ustawę o jakości.

Przyjęte założenia

Przeprowadzone analizy oparto na danych za 2019 r.

Jest to ostatni rok przed pandemią COVID-19. Analiza danych z lat 2020-21 wskazywała wyniki obarczone istotnymi anomaliami.

Dane pokazywane są do poziomu powiatów lub województw.

Dopasowano to każdorazowo do znaczenia i czytelności informacji.

Za szpital powiatowy przyjęto szpitale I i II stopnia referencyjności w sieci szpitali.

Są to zazwyczaj podmioty, które zaopatrują opiekę zdrowotną na poziomie lokalnym i najlepiej odpowiadają celowi raportu.

Analizowano świadczenia finansowane z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Do przekształcenia wskazano tylko te obszary, które finansuje płatnik publiczny. Pozostała część podlega swobodzie gospodarczej świadczenia usług.

Jako osoby starsze przyjęto osoby w wieku 60 lat i więcej

Wynika to z art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705) oraz przyjmowanego w literaturze metrykalnego progu starości (WHO). Niekiedy pokazujemy dane dla osób w wieku 65 lat i więcej, co wynika z innych definicji przyjętych w wybranych analizach (ONZ, Eurostat).

Analizy dotyczą opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia

Do analizy nie uwzględniono świadczeń realizowanych w opiece psychiatrycznej w ramach zdrowotnej opieki długoterminowej. Świadczenia w ramach systemu pomocy społecznej i systemu ubezpieczeń społecznych rozpatrywane są w ograniczonym zakresie, jedynie do wskazania potencjalnej podaży.

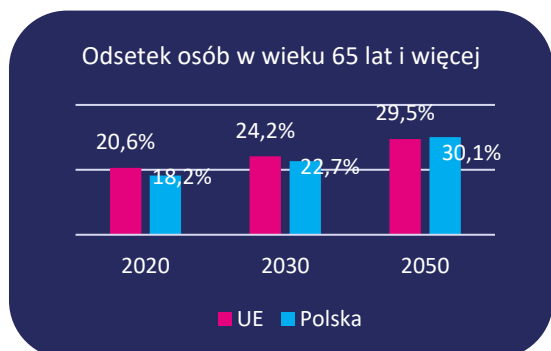
W diagnozie pokazano najbardziej istotne oraz zagregowane informacje

Pogłębione i spójne analizy w zakresie demografii, epidemiologii i dostępnych zasobów pokazujemy w mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 oraz w załączniku nr 1 do dokumentu strategicznego "Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r."

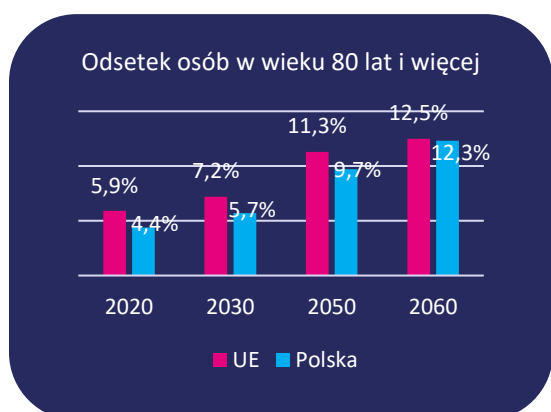
Analizą objęto obszary w podziale na opiekę formalną i nieformalną.

Opiekę nieformalną stanowi nieodpłatna opieka sprawowana przez rodzinę lub bliskich chorego w domu, a opiekę formalną – profesjonalną opiekę domową, ambulatoryjną i stacjonarną.

1. Zarys problemu



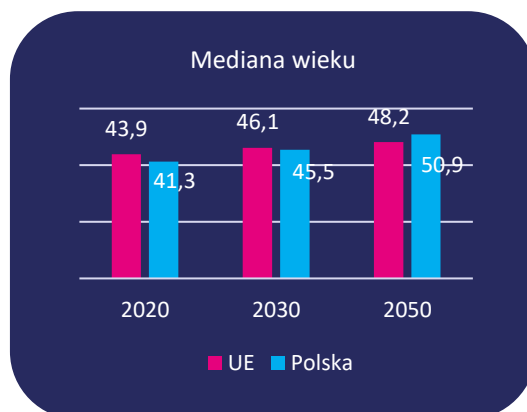
Nasze społeczeństwo należy do starzejących się najszybciej w UE. W ciągu zaledwie kilkunastu lat (około 2035 r.) mediana wieku Polaków przewyższy wartość mediany dla 27 krajów UE.³



Wartości przeciętnego trwania życia kobiet i mężczyzn systematycznie rosną we wszystkich krajach UE. Jednakże, zarówno przeciętne trwanie życia, jak i oczekiwane trwanie życia w zdrowiu w Polsce są poniżej średniej UE.⁵

W Polsce obserwowano podobne zjawiska demograficzne jak w innych krajach rozwiniętych, przy czym niektóre z nich następują z większym nasileniem.

Odsetek osób starszych w polskiej populacji wzrasta i w 2050 r. przewyższy średnią dla UE².



Ważnym aspektem procesu starzenia się ludności jest postępujące starzenie się grupy osób najstarszych. W Polsce udział najstarszych seniorów w populacji nadal utrzymuje się poniżej średniej UE, lecz właśnie ta grupa powiększa się najszybciej. Za ok. 35 lat odsetek ten zbliży się do średniej UE, a w dalszych latach ją przerośnie.⁴

Przeciętne trwanie życia w 2019 r. (w latach)

	Polska	UE
Kobiety:	81,75	84
Mężczyźni:	74,07	78,5

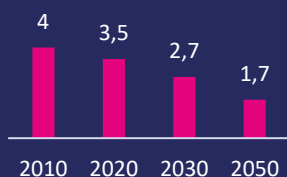
² https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_ludno%C5%9Bci_i_starzenie_si%C4%99_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=364923 (dostęp w dniu 10.05.2022 r.)

³ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/proj_19ndbi/default/table?lang=en (dostęp w dniu 16.04.2022)

⁴ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Past_and_future_population_ageing_trends_in_the_EU (dostęp w dniu 10.05.2022 r.)

⁵ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics (dostęp w dniu 02.06.2022 r.)

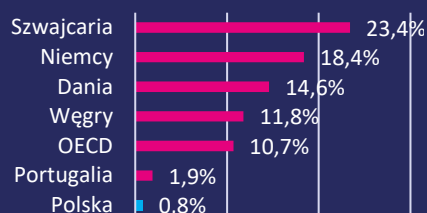
Liczba potencjalnych opiekunów na osobę w wieku 65 lat i więcej w Polsce



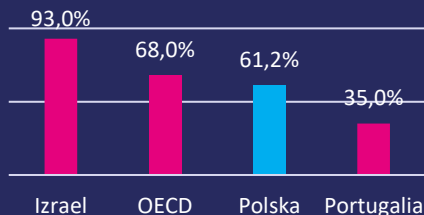
Jednocześnie zmniejszeniu ulega liczba potencjalnych opiekunów, co znacząco wpłynie na możliwości zaspokojenia potrzeb opiekuńczych osób starszych zarówno w wymiarze rodzinnym, jak i formalnym.⁶

Udział osób powyżej 65 roku życia objętych instytucjonalną opieką długoterminową w Polsce, rozumianą jako świadczenie zdrowotne, jest ponad dziesięciokrotnie niższy niż średnia dla 25 krajów OECD.⁷

Udział osób w wieku 65 lat i więcej objętych instytucjonalną opieką długoterminową w tej populacji



Udział pacjentów w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową korzystający ze świadczeń w warunkach domowych



Z kolei świadczenia udzielane w warunkach domowych stanowią w Polsce istotną część świadczeń opieki długoterminowej, jednak ich udział w całości tych świadczeń pozostaje poniżej średniej dla krajów OECD.⁸

⁶ <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/1be173e3-3d43-4331-bbd8-e4a54d217466?lang=en> (dostęp w dniu 16.04.2022) oraz <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> (dostęp w dniu 1.06.2022 r.)

⁷ *Health at a Glance*, 2021 <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> Duże różnice w wartościach wskaźników pomiędzy krajami OECD zależą od kilku aspektów, które mogą uniemożliwiać ich bezpośrednie porównywanie, tj. struktury demograficznej populacji poszczególnych krajów, przyjętej definicji opieki długoterminowej oraz błędów w sprawozdawczości. W przypadku wartości dla Rzeczypospolitej Polskiej (0,8%) nie wzięto pod uwagę opieki długoterminowej świadczonej w warunkach domowych.

⁸ dane dla Izraela, OECD i Portugalii: *Health at a Glance* https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/10/6/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_ =ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book; dane dla Polski: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, s. 350.

2. Analiza podaży

2.1. Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

2.1.1. Opieka długoterminowa

Formalna opieka długoterminowa w ramach systemu ochrony zdrowia w Polsce świadczona jest w dwóch trybach: stacjonarnym i domowym. W ramach każdego z nich udzielane są świadczenia w różnych zakresach. Przysługują one pacjentom, którzy w ocenie skalą Barthel (ocenie skalą poziomu samodzielności) otrzymali 40 punktów lub mniej.

1

Opieka stacjonarna, w zakładach opiekuńczych

Jakie są zakresy?

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) dla dorosłych albo dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż., w tym osób wentylowanych mechanicznie.

Dla jakich pacjentów?

Pacjenci wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, ale bez konieczności hospitalizacji w oddziale szpitalnym.

Jakie są wyłączenia?

Pacjenci, dla których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie, nawet jeśli pacjent otrzymał w ocenie skalą Barthel 40 punktów lub mniej.

Jakie świadczenia przysługują?⁹

- świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę i psychologa,
- rehabilitacja ogólna w podstawowym zakresie,
- terapia zajęciowa,
- leczenie farmakologiczne i dietetyczne,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne,

⁹ szczegółowo określone w §4 ust. 2-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.).

- edukacja zdrowotna polegająca na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- badania diagnostyczne oraz leki.

Jak wygląda finansowanie?

- częściowo ze środków publicznych;
- współpłacenie przez pacjenta do wysokości 70% miesięcznego dochodu pacjenta na pokrycie kosztów pozamedycznych czyli kosztów żywienia i zakwaterowania oraz 60% kosztów przejazdu środkami transportu sanitarnego.

2

Opieka domowa

Jakie są zakresy?

- 1) zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- 2) pielęgniarska opieka długoterminowa domowa.

Dla jakich pacjentów?

- 1) pierwszy zakres:
 - z przewlekłą niewydolnością oddechową,
 - wymagających stosowania inwazyjnej lub nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, ciągłej lub okresowej,
 - niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń,
 - wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji;
- 2) drugi zakres:
 - nieobjętych opieką przez hospicjum domowe, inny zakład opiekuńczy lub w ramach kategorii pierwszej opieki domowej,
 - nie pozostają w ostrej fazie choroby psychicznej.

Jakie świadczenia przysługują?

- 1) w pierwszym zakresie:

- świadczenia udzielane przez lekarza i pielęgniarkę,
 - w zależności od stanu zdrowia dodatkowo świadczenia udzielane przez osobę prowadzącą fizjoterapię, psychologa, logopedę, terapeutę zajęciowego, terapeutę uzależnień oraz ewentualnie opiekuna medycznego (z wyłączeniami),
 - badania diagnostyczne umożliwiające właściwą terapię oddechową;
- 2) w drugim zakresie:
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
 - przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji,
 - świadczenia pielęgnacyjne,
 - edukacja zdrowotna,
 - pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
 - pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego.

Jak wygląda finansowanie?

W całości ze środków publicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

2.1.2. Opieka geriatryczna

Świadczenia opieki geriatrycznej nie mają wyodrębnionego charakteru tak jak w przypadku opieki długoterminowej. Udzielane są w różnych zakresach systemu, od POZ po lecznictwo szpitalne.



POZ



poradnie
geriatryczne w
AOS



oddziały
geriatryczne
w lecznictwie
szpitalnym

Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta.

Całościowa ocena geriatryczna

Czym jest?

To proces diagnostyczny, prowadzony w celu poprawy precyzji diagnostycznej, identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia oraz planowania opieki. Przeprowadza go lekarz geriatra lub konsultacyjny zespół geriatryczny.

Jaki jest jej cel?

- zmniejszenie wskaźnika rehospitalizacji,
- redukcja polifarmakoterapii,
- wykrywanie i leczenie problemów zdrowotnych umożliwiającą wcześniejszą terapię i zapobieganie progresji niesprawności,
- redukcja niepożądanego działania leków,
- całościowe podejście do problemów zdrowotnych, sprzyjające zwiększeniu satysfakcji i jakości życia,
- wydłużenia trwania życia.

Kto się kwalifikuje?

Pacjent w wieku 60 lat i więcej ze złożonymi problemami zdrowotnymi, hospitalizowany w oddziałach geriatrycznych lub oddziałach innych niż geriatryczne, spełniający łącznie następujące kryteria:

- 1) co najmniej 3 punkty w skali VES-13¹⁰,
- 2) przynajmniej 3 współistniejące schorzenia z różnych układów organizmu.

Oceny dokonuje się jeden raz w roku kalendarzowym.

¹⁰ Skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13) zaproponowana w 2001 r. przez Debrę Salibę do badania osób starszych mieszkających w środowisku domowym, zagrożonych pogorszeniem sprawności funkcjonalnej lub zgonem. Skala VES-13 może być samodzielnie wypełniona przez chorego, ale łatwo też uzyskać jej wynik po przeprowadzeniu krótkiego wywiadu z pacjentem przez osobę odpowiednio do tego przeszkoloną. Skala VES-13 zawiera punktację za wiek, samoocenę stanu zdrowia oraz pytania o sprawność fizyczną i funkcjonalną. Uzyskanie 3 lub więcej punktów w tej skali kwalifikuje seniorów do wykonania COG. Skala ta jest także ważnym wskaźnikiem rokowniczym pogorszenia sprawności funkcjonalnej. Im wyższa punktacja, tym większe ryzyko niesprawności, a także zgonu.

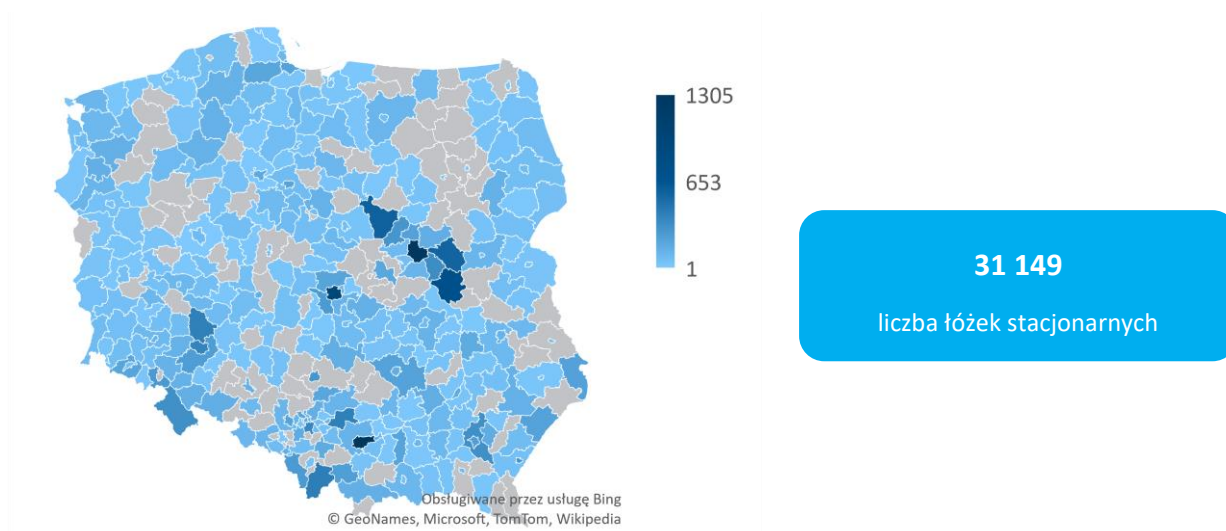
2.2. Analiza potencjału infrastrukturalnego

2.2.1. Opieka długoterminowa¹¹

W 2019 r. w Polsce funkcjonowało łącznie 1 999 ośrodków opieki długoterminowej, w tym 466 świadczących opiekę stacjonarną oraz 1 614 opiekę domową. Część świadczeniodawców udzielało świadczeń w dwóch trybach.

W 89 powiatach brak było opieki stacjonarnej (jednak była dostępna opieka domowa). Najwięcej takich powiatów było w województwie wielkopolskim (12), a najmniej w lubuskim i dolnośląskim (po 2). Wśród tych powiatów tylko 5,6% stanowiły miasta na prawach powiatu, czyli z największą gęstością zaludnienia. Mniej więcej co czwarty z nich (22 powiaty) to jednostka o zaludnieniu poniżej 50 tys. mieszkańców.

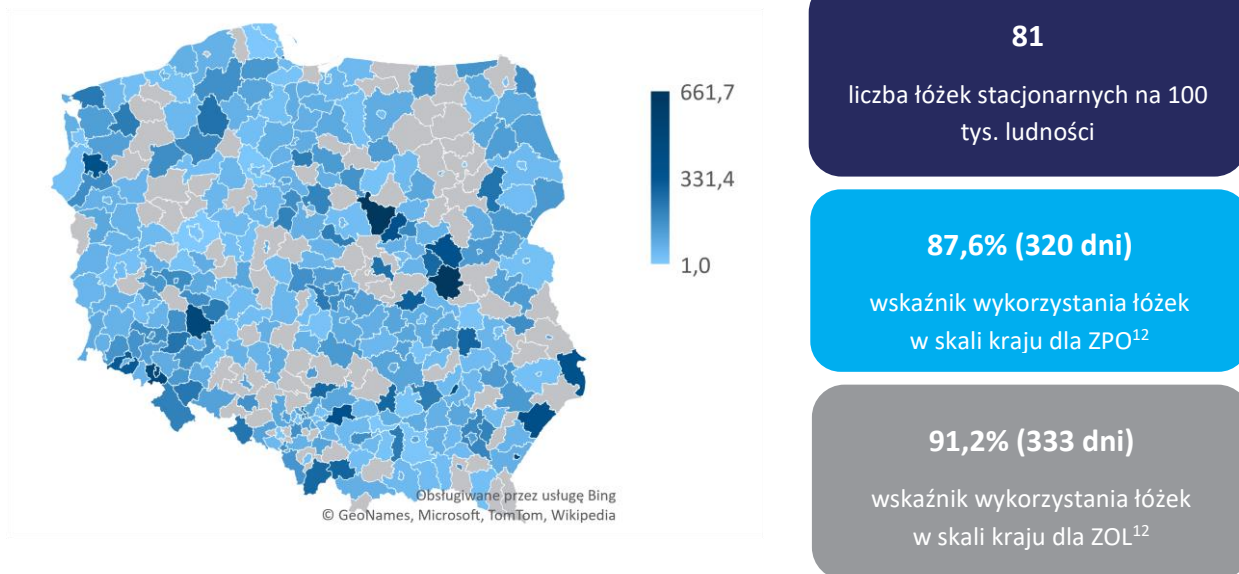
Rysunek 1. Liczba łóżek w długoterminowej opiece stacjonarnej w powiatach w 2019 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

¹¹ W analizie przyjęto, że zakład opiekuńczy (ZOL/ZPO) to podmiot wykonujący działalność leczniczą zdefiniowany na podstawie kodu świadczeniodawcy realizujący świadczenia w ramach NFZ na terenie danego powiatu. Oznacza to, że jeżeli ten sam świadczeniodawca realizował świadczenia NFZ w dwóch powiatach to został policzony podwójnie.

Rysunek 2. Liczba łóżek w długoterminowej opiece stacjonarnej na 100 tys. ludności w powiatach w 2019 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

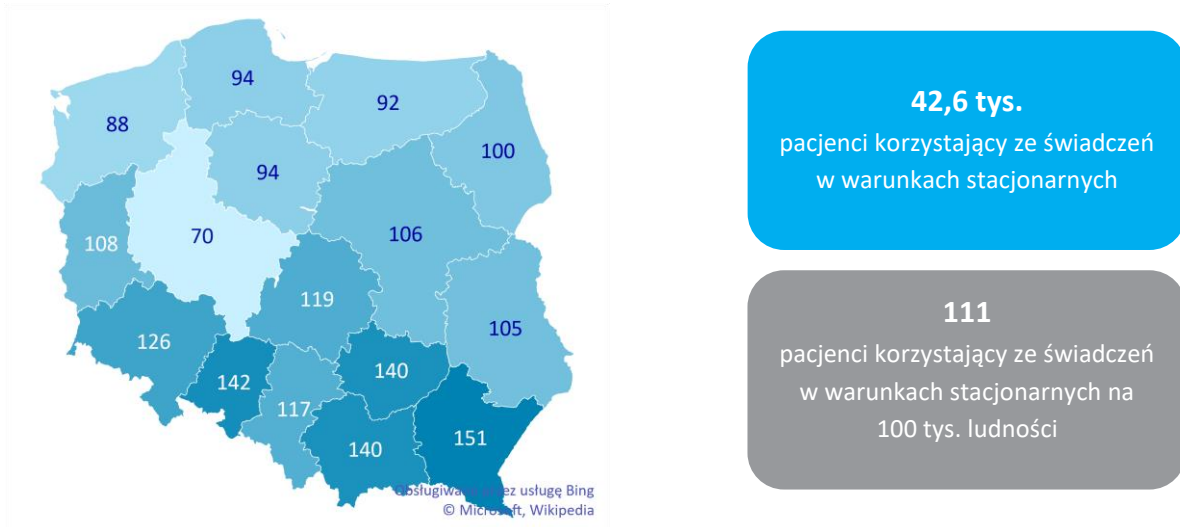
Najwięcej dostępnych łóżek w stacjonarnej opiece długoterminowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności znajdowało się w powiecie płońskim i garwolińskim (oba w województwie mazowieckim), najmniej w poznańskim (województwo wielkopolskie).

Miasto Przemyśl, który posiada najwyższy współczynnik kadry medycznej zatrudnionej w stacjonarnej opiece długoterminowej w ramach umowy z NFZ, znajduje się pod względem liczby łóżek opieki długoterminowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności na 3 miejscu. Z kolei powiat wejherowski, który posiada najniższy współczynnik kadry medycznej zatrudnionej w stacjonarnej opiece długoterminowej w ramach umowy z NFZ, znajduje się pod względem liczby łóżek opieki długoterminowej w przeliczeniu na 100 tys. ludności na 3 miejscu od dołu. Korelacja między tymi wskaźnikami jest więc zauważalna.

Najwięcej pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną w przeliczeniu na liczbę ludności odnotowano w województwach podkarpackim, opolskim i świętokrzyskim, a najmniej w województwach wielkopolskim, zachodniopomorskim oraz warmińsko-mazurskim. Różnica między skrajnymi województwami wyniosła ponad 50%.

¹² „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019”, GUS, Warszawa, Kraków 2020

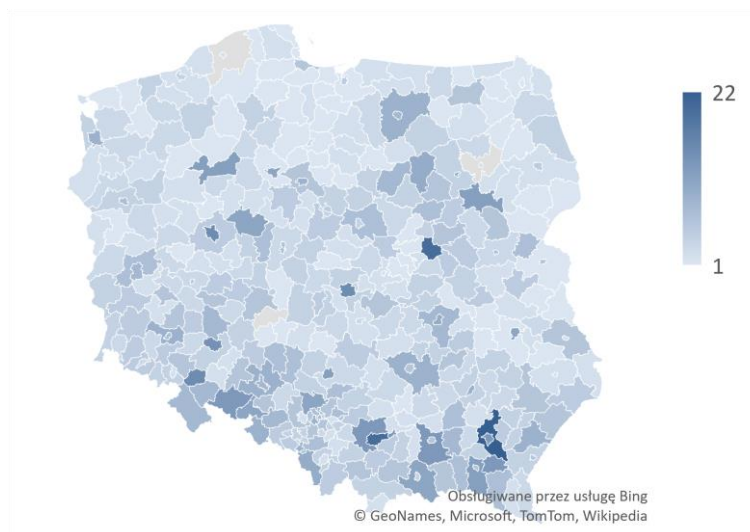
Rysunek 3. Liczba pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej na 100 tys. ludności w 2019 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Najwięcej ośrodków domowej opieki długoterminowej w 2019 r. było zlokalizowanych w województwach mazowieckim i śląskim, najmniej w województwach pomorskim i podlaskim. Różnica między skrajnymi województwami była ponad siedmiokrotna. W 3 powiatach nie funkcjonowały żadne placówki domowej opieki długoterminowej. W powiecie rzeszowskim (poza miastem Rzeszów) było najwięcej podmiotów leczniczych, o 2 więcej niż w mieście Warszawa i Kraków.

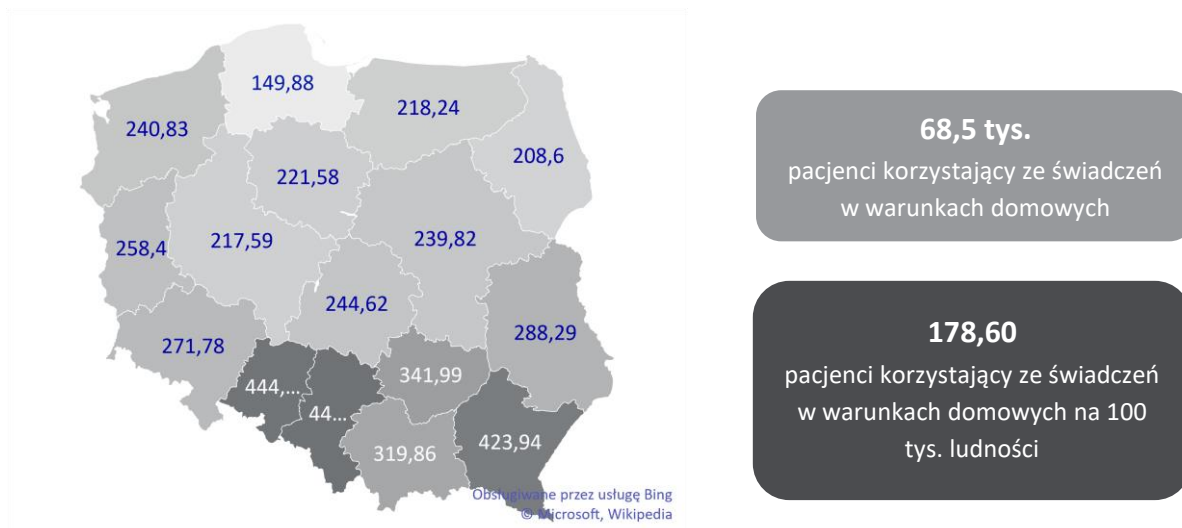
Rysunek 4. Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej w powiatach w 2019 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Najwięcej pacjentów objętych opieką długoterminową domową przeliczeniu na liczbę ludności odnotowano w województwach śląskim i opolskim, a najmniej w województwach pomorskim i podlaskim. Różnica między skrajnymi województwami była trzykrotna.

Rysunek 5. Liczba pacjentów opieki długoterminowej domowej na 100 tys. ludności w 2019 r.



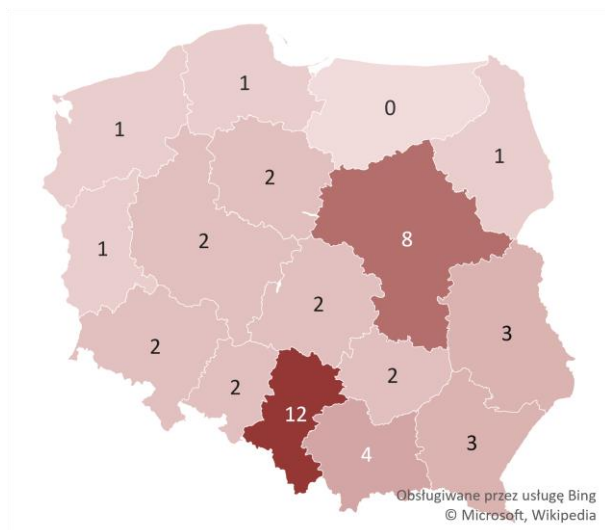
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

2.2.2. Opieka geriatryczna

Najwięcej oddziałów geriatrycznych znajdowało się w dwóch najbardziej zaludnionych województwach, czyli śląskim i mazowieckim, a najmniej – po jednym – w województwach pomorskim, lubuskim, podlaskim i zachodniopomorskim. W województwie warmińsko-mazurskim nie było oddziału geriatrycznego w żadnym szpitalu¹³.

¹³ Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026

Rysunek 6. Liczba świadczeniodawców w trybie stacjonarnym w podziale na województwa w 2019 r.

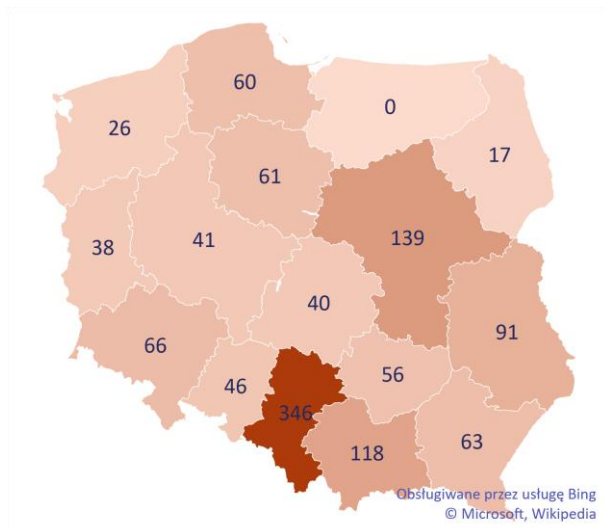


46
liczba oddziałów geriatrycznych

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Najwięcej oddziałów geriatrycznych znajdowało się na terenie województw śląskiego, mazowieckiego i małopolskiego, a najmniej na terenie województw podlaskiego, zachodniopomorskiego, pomorskiego i lubuskiego. Wskaźnik ten przekładał się bezpośrednio na liczbę łóżek na oddziałach – ich rozkład pomiędzy regionami był analogiczny.

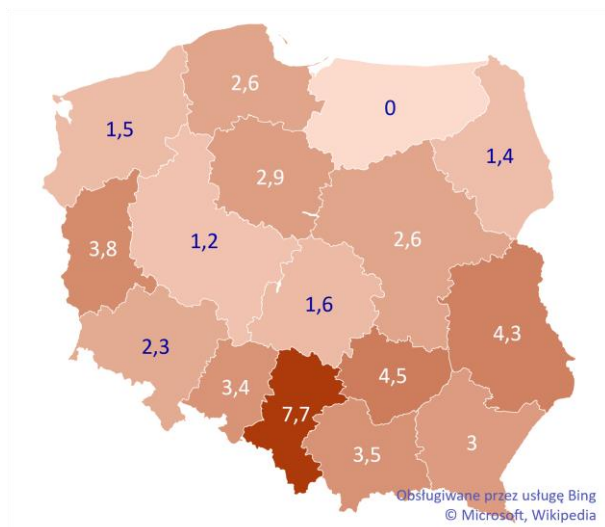
Rysunek 7. Liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych w województwach w 2019 r.



1 208
liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Rysunek 8. Liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności w województwach w 2019 r.



3
liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności

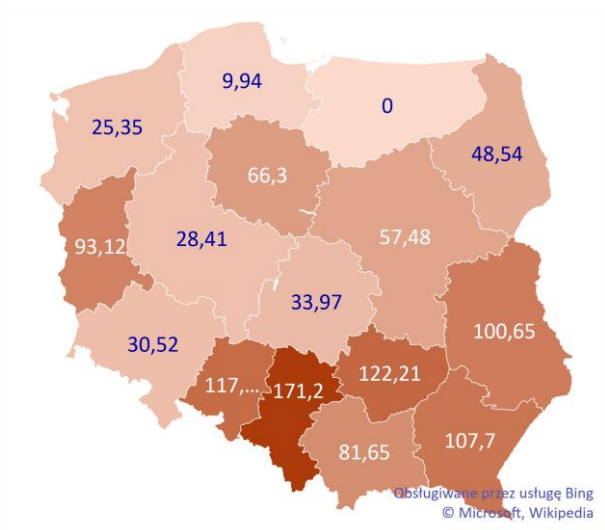
68,1% (248,6 dni)¹⁸
wykorzystanie łóżek na oddziałach geriatrycznych

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Różnice między województwami w zakresie współczynnika liczby łóżek w oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności w województwach są znaczące – od 0 w województwie warmińsko-mazurskim do 7,7 w województwie śląskim.

Województwo śląskie, który posiada najwyższy współczynnik kadry medycznej zatrudnionej w stacjonarnej opiece geriatrycznej w ramach umowy z NFZ, znajduje się pod względem liczby łóżek opieki geriatrycznej w przeliczeniu na 100 tys. ludności na pierwszym miejscu. Z kolei województwo wielkopolskie, który posiada najniższy współczynnik kadry medycznej, znajduje się pod względem liczby łóżek opieki geriatrycznej w przeliczeniu na 100 tys. ludności na piątym miejscu od dołu. Dostępność świadczeń jest więc w przypadku opieki geriatrycznej w umiarkowany sposób uwarunkowana liczebnością kadry.

Rysunek 9. Liczba pacjentów oddziałów geriatrycznych na 100 tys. ludności w 2019 r.



26,97 tys.
pacjenci na oddziałach geriatrycznych

70,27
pacjenci na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. ludności

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Najwięcej pacjentów oddziałów geriatrycznych w przeliczeniu na liczbę ludności odnotowano w województwach śląskim, opolskim i świętokrzyskim, a najmniej w województwach pomorskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim. Różnica między skrajnymi województwami, z wyłączeniem województwa warmińsko-mazurskiego, gdzie takiego oddziału nie było w ogóle, była bardzo wysoka – na Śląsku wskaźnik ten był ponad 17 razy wyższy niż na Pomorzu.

2.3. Analiza potencjału kadrowego

2.3.1. Opieka długoterminowa

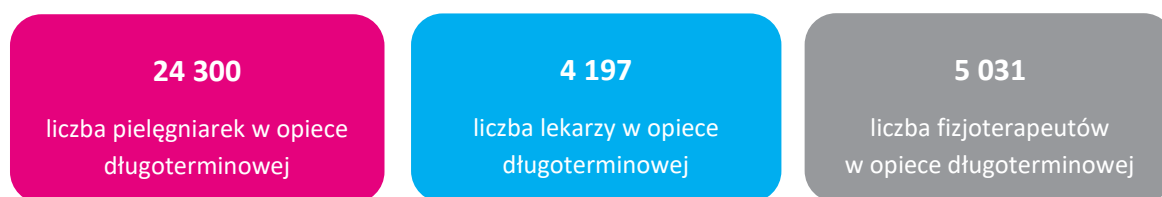
W ramach opieki długoterminowej liczba zatrudnionych pielęgniarek, lekarzy i fizjoterapeutów wynosiła łącznie 33 528 osób. Część z nich pracowała w więcej niż jednym podmiocie leczniczym. Zdecydowana większość udzielała świadczeń pacjentom dorosłym.

Tabela 1. Liczba personelu medycznego zatrudnionego w opiece długoterminowej w 2019 r.

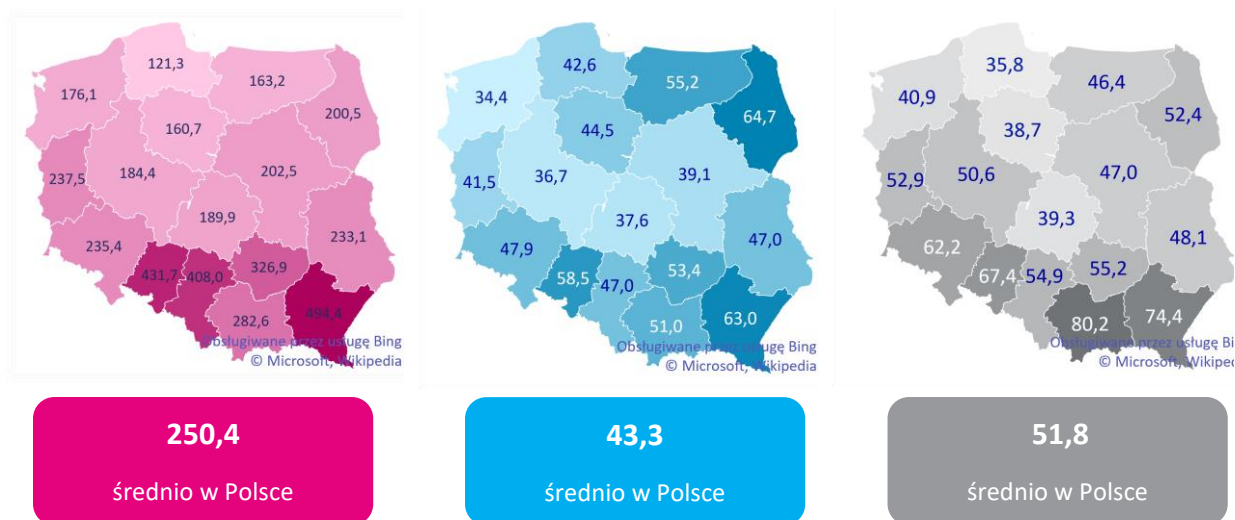
Zakres udzielanych świadczeń	Pielęgniarka	Lekarz	Fizjoterapeuta	Suma
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	13 851	1	12	13 864
Zakład opiekuńczo-leczniczy	7 466	2 376	2 399	12 241
Zespół długoterminowej opieki domowej	1 633	1 073	1 733	4 439
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	2 505	819	787	4 111
Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci	569	590	681	1 840
Zakład opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	316	99	114	529
Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	46	13	12	71

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Dominującą grupą zawodową zatrudnioną w opiece długoterminowej są pielęgniarki. Dotyczy to zarówno pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, jak również opieki stacjonarnej, w tym u świadczeniodawców udzielających świadczeń dla dzieci.



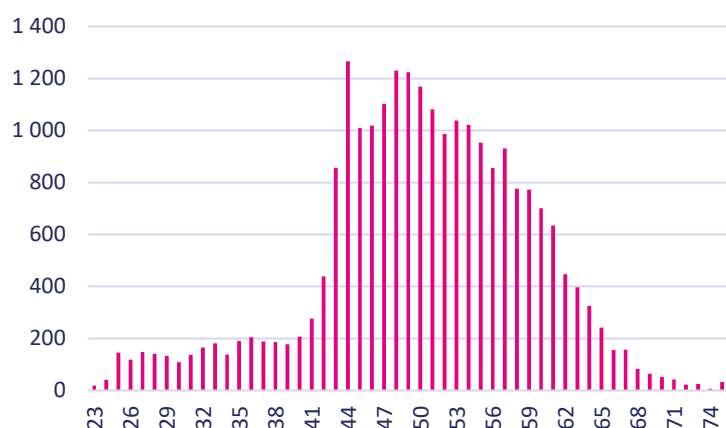
Rysunek 10. Liczba personelu medycznego zatrudnionego w opiece długoterminowej na 100 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej w 2019 r. (od lewej pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci).



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Najwyższy odsetek pielęgniarek w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej był w województwie podkarpackim, lekarzy w województwie podlaskim, a fizjoterapeutów w małopolskim. Z kolei najniższe wskaźniki dla pielęgniarek i fizjoterapeutów odnotowano w województwie pomorskim, a dla lekarzy w zachodniopomorskim. Różnice między województwami o skrajnych wartościach parametru były najbardziej widoczne w przypadku pielęgniarek: na Podkarpaciu jest ich względnie cztery razy więcej niż na Pomorzu. W przypadku dwóch pozostałych grup zawodowych różnica ta była około dwukrotna.

Rysunek 11. Struktura wieku pielęgniarek udzielających opieki długoterminowej w 2019 r.

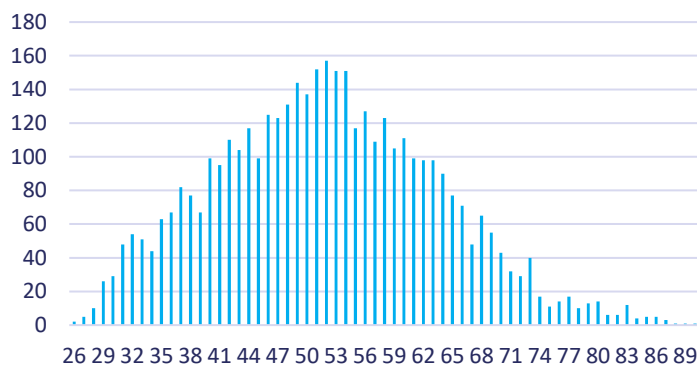


50 lat
średni wiek pielęgniarki w opiece długoterminowej

14,01%
pielęgniarki w opiece długoterminowej w wieku emerytalnym

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Rysunek 12. Struktura wieku lekarzy udzielających opieki długoterminowej w 2019 r.



52 lata
średni wiek lekarza w opiece

19,94%
lekarze w opiece długoterminowej w wieku emerytalnym

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

W najbliższych latach znaczna część personelu zatrudnionego w opiece długoterminowej przejdzie w wiek emerytalny. Pomimo tego, że średnia wieku pielęgniarek jest niższa niż lekarzy, to piramidy wieku wskazują na potencjalnie większy niedobór tej pierwszej grupy zawodowej w przyszłości.

2.3.2. Opieka geriatryczna

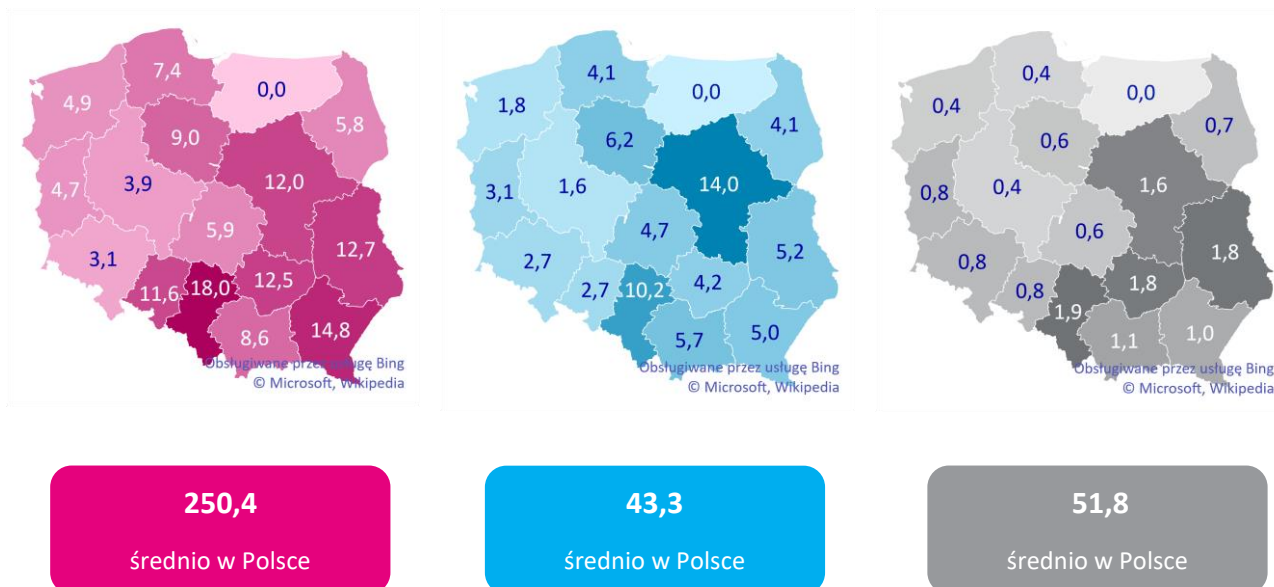
Na oddziałach geriatrycznych liczba zatrudnionych pielęgniarek, lekarzy i fizjoterapeutów wynosiła łącznie 1 577 osób. Część z nich pracowała w więcej niż jednym podmiocie leczniczym. Najwięcej zatrudnionych było pielęgniarek, a następnie lekarzy i fizjoterapeutów.

900
liczba pielęgniarek na oddziałach geriatrycznych

576
liczba lekarzy na oddziałach geriatrycznych

101
liczba fizjoterapeutów na oddziałach geriatrycznych

Rysunek 13. Liczba personelu medycznego zatrudnionego na oddziałach geriatrycznych na 100 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej w 2019 r. (od lewej pielęgniarki, lekarze, fizjoterapeuci).

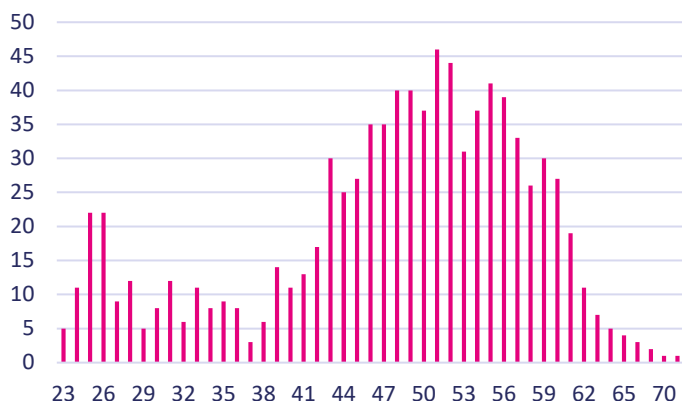


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Najwyższy odsetek pielęgniarek i fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w wieku 60 lat i więcej był w województwie śląskim, a lekarzy w mazowieckim. Z kolei najniższy wskaźnik dla pielęgniarek odnotowano w dolnośląskim, a dla lekarzy i fizjoterapeutów w wielkopolskim. Różnice między województwami o skrajnych wartościach parametru były najbardziej widoczne w przypadku lekarzy: w mazowieckim wskaźnik jest ponad ośmiokrotnie wyższy niż w wielkopolskim, a pielęgniarek w śląskim jest względnie sześć razy więcej niż w dolnośląskim. W przypadku fizjoterapeutów różnica ta była około dwukrotna.

Wskaźniki te są wyraźnie skorelowane z liczbą pacjentów i oddziałów geriatrycznych – im więcej pacjentów i oddziałów w danym województwie, tym względnie więcej także personelu.

Rysunek 14. Struktura wieku pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach geriatrycznych w 2019 r.



48 lat

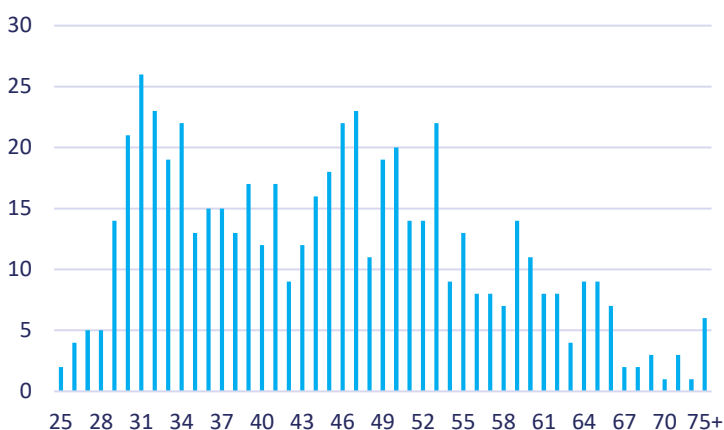
średni wiek pielęgniarki na oddziale geriatrycznym

8,9%

pielęgniarki w wieku emerytalnym na oddziałach geriatrycznych

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Rysunek 15. Struktura wieku wszystkich lekarzy zatrudnionych na oddziałach geriatrycznych w 2019 r.



45 lat

średni wiek lekarza na oddziale geriatrycznym

9,72%

lekarze w wieku emerytalnym na oddziałach geriatrycznych

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

2.4. Wnioski

- Podaż świadczeń opieki długoterminowej wymaga wsparcia w celu zaspokojenia rosnących potrzeb, czego dowodem mogą być m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek. Proces starzenia się ludności wskazuje na **konieczność zwiększania liczby miejsc w placówkach opieki długoterminowej w formie stacjonarnej**.
- W 89 powiatach nie funkcjonowała żadna jednostka stacjonarnej opieki długoterminowej, jednak w przypadku opieki domowej były to już tylko 3 powiaty. **Poza powiatem łomżyńskim w województwie podlaskim, gdzie nie funkcjonował żaden podmiot leczniczy świadczący opiekę długoterminową w jakiejkolwiek formie, w powiatach bez zakładów opiekuńczych znajdowały się placówki opieki domowej.**

- Występuje widoczne zróżnicowanie w liczbie pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej w przeliczeniu na liczbę ludności w województwach. Między regionem o najwyższym wskaźniku (podkarpackie) a tym o najniższym (wielkopolskie) różnica jest ponad dwukrotna (odpowiednio 151 i 70, przy średniej krajowej 111). Świadczy to o **zróżnicowaniu w podaży świadczeń w tych województwach**. Różnice te są jeszcze mocniej widoczne w przypadku oddziałów geriatrycznych. Tutaj różnica między skrajnymi województwami była na poziomie trzykrotności. Warto zauważyć, że pacjenci mogą korzystać ze świadczeń w okolicy miejsca zamieszkania swoich rodzin, w celu utrzymania kontaktu i więzi.
- Różnice w podaży świadczeń widoczne są dla oddziałów geriatrycznych. Między województwem o najniższej wartości wskaźnika liczby pacjentów w stosunku do liczby ludności (pomorskie) a tym o najwyższej (śląskie) różnica jest ponad siedemnastokrotna. Z drugiej strony obłożenie łóżek na oddziałach geriatrycznych sięga średnio w Polsce nieco ponad 68%. Może to świadczyć z jednej strony o nierównym dostępie do świadczeń, a z drugiej o niepełnym wykorzystaniu jej potencjału. **Konieczne są zatem działania dostosowawcze w zakresie właściwego wykorzystania istniejącego potencjału.**
- Zauważalne są różnice w liczbie kadry medycznej w opiece długoterminowej w stosunku do liczby mieszkańców. Korelacja liczby pacjentów z liczebnością personelu jest bardziej widoczna niż z liczbą świadczeniodawców. **Kadra jest również czynnikiem wpływającym na podaż świadczeń, co ponownie może świadczyć o nierównościach w tym zakresie.**
- Średni wiek pielęgniarki w opiece długoterminowej to 50 lat, a na oddziałach geriatrycznych 48 lat, w tym odpowiednio 14,01% oraz 8,9% jest już w wieku emerytalnym. Widoczna jest silna dynamika starzenia się pielęgniarek na oddziałach geriatrycznych. Natomiast przeciwnie przedstawia się struktura wieku lekarzy zatrudnionych na tych oddziałach, która wskazuje na wysoki odsetek lekarzy w młodym i średnim wieku. **Kształt piramidy wieku wskazuje na starzenie się kadry pielęgniarek i potencjalny spadek jej liczby w przyszłości. W związku z tym podejmowane są działania zapobiegające.**
- W opiece długoterminowej zatrudniona jest duża grupa lekarzy w wieku 75 lat i więcej. Może to wynikać ze stosunkowo mniejszego obciążenia czasowego, co zachęca starszych lekarzy do podjęcia tam zatrudnienia. Widoczna jest silna dynamika starzenia się pielęgniarek na oddziałach geriatrycznych. Natomiast przeciwnie przedstawia się struktura wieku lekarzy zatrudnionych na tych oddziałach, która wskazuje na **wysoki odsetek lekarzy w młodym i średnim wieku.**

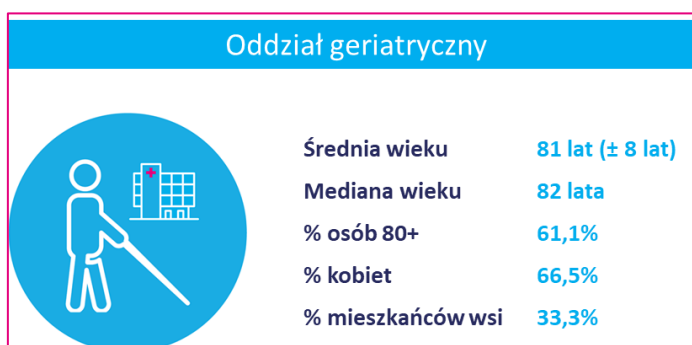
3. Analiza popytu

3.1. Profil pacjenta



Spośród pacjentów w wieku 60 lat i więcej korzystających w 2019 r. ze świadczeń opieki długoterminowej 39,8% było objęte opieką stacjonarną. Udział osób w wieku 80 lat i więcej wśród pacjentów w wieku 60 lat i więcej był wyższy dla opieki stacjonarnej niż domowej, jednak różnica ta była nieznaczna. Analizując rozkład płci, w obu przypadkach możemy zaobserwować przewagę kobiet (nieco wyższą w przypadku opieki stacjonarnej). Co trzeci pacjent opieki długoterminowej to mieszkaniec wsi¹⁴.

Na oddziałach geriatrycznych w 2019 r. ponad połowę pacjentów stanowiły osoby w wieku 80 lat i więcej. Analizując rozkład płci, możemy zaobserwować przewagę kobiet. Podobnie jak w opiece długoterminowej, co trzeci pacjent to mieszkaniec wsi¹⁵.



Przewaga kobiet objętych opieką długoterminową i geriatryczną jest większa niż wynikałoby to ze struktury demograficznej społeczeństwa (w 2019 r. kobiety stanowiły 58,1% osób w wieku 60 lat i więcej). Procent mieszkańców wsi korzystających z opieki długoterminowej i geriatrycznej odpowiada strukturze demograficznej (w 2019 r. mieszkańcy wsi stanowili 34,8% osób w wieku 60 lat i więcej).

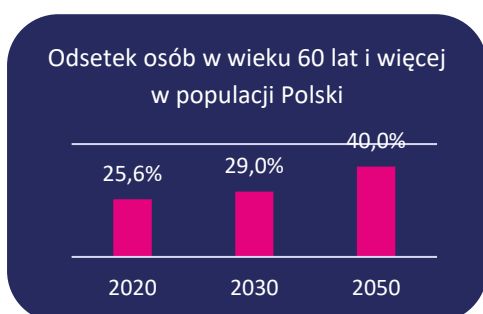
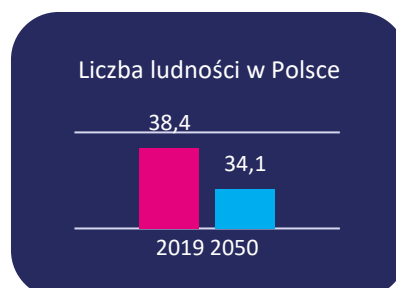
¹⁴ Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

¹⁵ j.w.

3.2. Analiza czynników demograficzno-społecznych wpływających na popyt

3.2.1. Czynniki demograficzne

W Polsce od kilku dziesięcioleci ma miejsce ciągły, postępujący proces spowolnienia rozwoju demograficznego wywołany spadkiem urodzeń, starzeniem się ludności i wydłużaniem się trwania życia z jednoczesnym skróceniem czasu życia w zdrowiu. Zgodnie z prognozą Eurostatu liczba ludności Polski będzie się dalej zmniejszać.¹⁶



Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie rośnie. Według prognozy GUS, pomimo malejącej liczby ludności, będzie się on nadal zwiększał.

W ujęciu powiatowym liczba ludności osób w wieku 60 lat i więcej będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w samych miastach

i powiatach oddalonych od ośrodków miejskich. Związane jest to głównie z migracją z miast na tereny podmiejskie i zmniejszeniem populacji miast (tzw. suburbanizacja).¹⁷

Rysunek 16. Udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności według powiatów w 2020, 2030 i 2050 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

¹⁶ Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 na podstawie danych GUS.

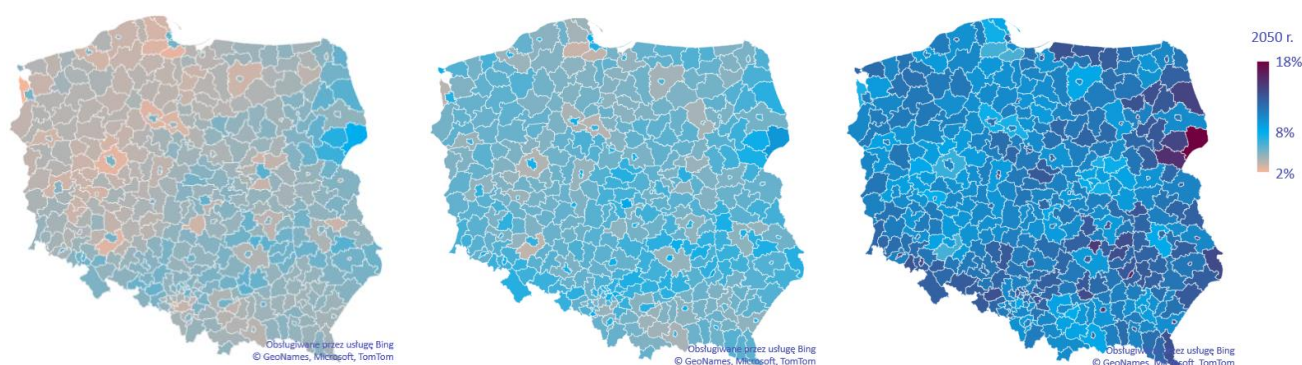
¹⁷ jw., s. 47

Obserwuje się także wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej.¹⁸ Jest to o tyle istotne, że w tej grupie wiekowej udział osób cierpiących na kilka chorób przewlekłych wzrasta, a równocześnie spada zdolność do samodzielnego funkcjonowania.

W latach objętych prognozą nastąpi znaczny wzrost odsetka najstarszych seniorów na obszarach miejskich. Przewidywane przyrosty przekroczą 7 punktów procentowych w miastach oraz 5 punktów procentowych na wsiach. Wzrost odsetka przekraczający średni poziom przewidywany jest w miastach województw wschodnich (lubelskiego, podlaskiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego) oraz opolskiego, jak również na wsiach w województwie opolskim, warmińsko-mazurskim i śląskim.¹⁹

Rok	Odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w populacji Polski	Odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w grupie osób w wieku 60 lat i więcej w Polsce
2020	4%	17%
2030	6%	20%
2050	10%	26%

Rysunek 17. Udział procentowy osób w wieku 80 lat i więcej w 2020, 2030 i 2050 r.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

3.2.2. Trwanie życia i trwanie życia w zdrowiu

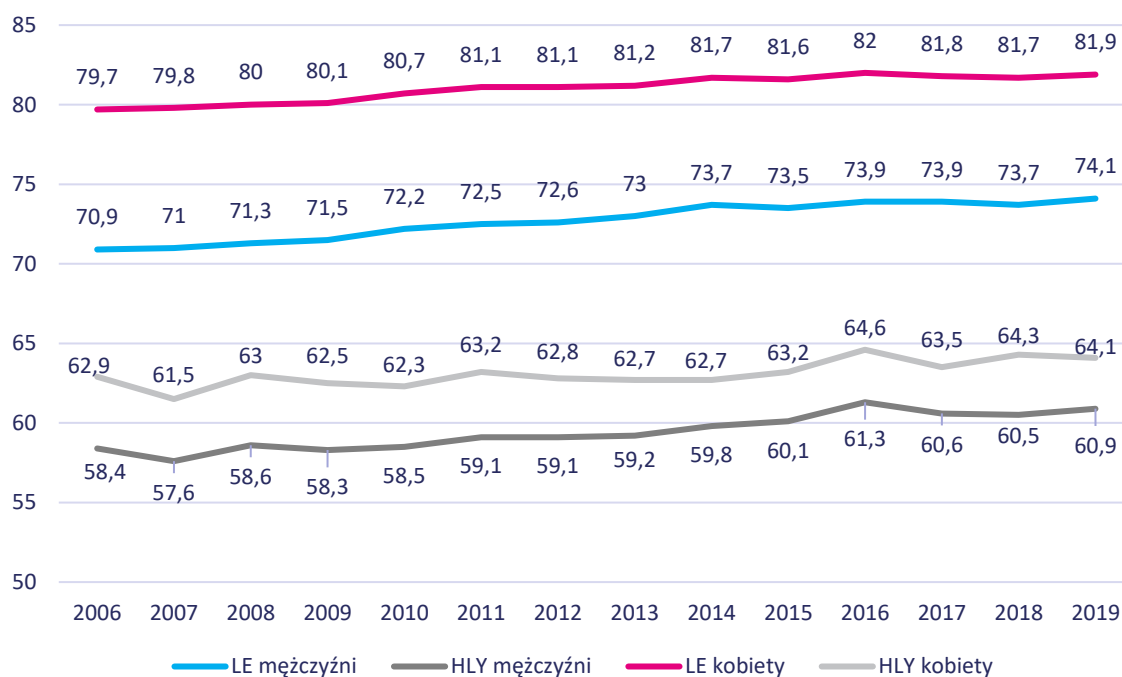
Systematyczny wzrost wskaźników przeciętnego trwania życia nie jest jednoznaczny ze wzrostem przeciętnej liczby lat przeżytych w dobrym zdrowiu. Zdrowie Polaków, zarówno to deklarowane, jak i rzeczywiste, nie polepsza się w kolejnych latach tak szybko, jak rośnie ich długość życia. Pomimo tego, że przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wzrosło w okresie od 2006 do 2019 r. o 3,2 lata, to przeciętne trwanie życia w zdrowiu wzrosło jedynie o 2,5 roku w tym samym okresie. Z kolei w przypadku kobiet analogiczne zmiany wyniosły odpowiednio 2,2 roku i 1,2 roku.

¹⁸ Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050, GUS, Warszawa, 2014

¹⁹ Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, 2014

Od 2016 r. obserwuje się jednak zahamowanie wieloletniego trendu poprawy stanu zdrowia ludności, mierzonego między innymi właśnie długością życia w zdrowiu.²⁰

Rysunek 18. Oczekiwane przeciętne trwanie życia (LE) i oczekiwane przeciętne trwanie życia w zdrowiu (HLY) w momencie narodzin w Polsce w latach 2006-2019.



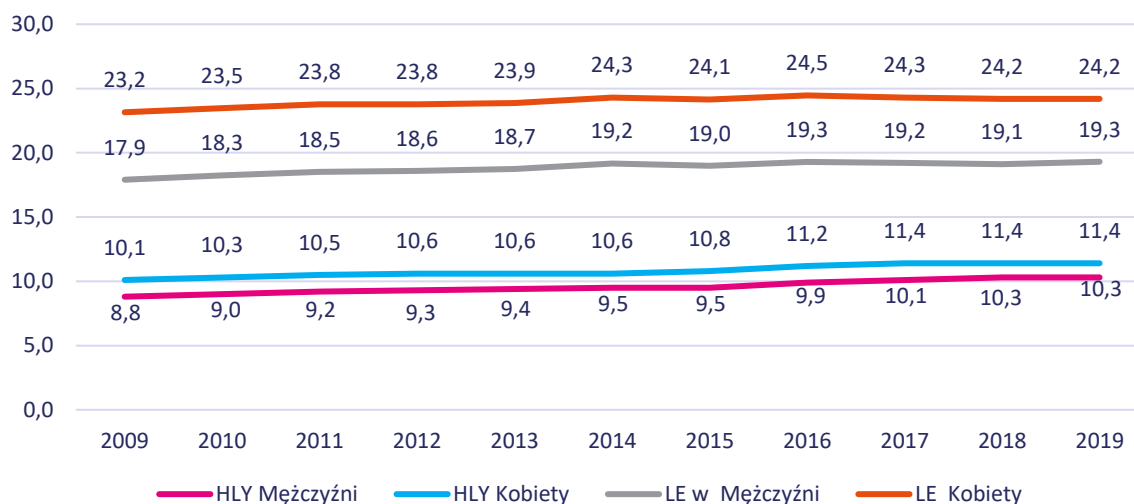
Źródło: Eurostat.

Długość życia oraz długość życia w zdrowiu u osób starszych w wieku 60 lat i więcej (mężczyzn i kobiet) zwiększa się, jednak nie w sposób systematyczny. Również w tej grupie wiekowej w latach 2016-2019 obserwowano zahamowanie tego trendu.²¹

²⁰ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>

²¹ j.w.

Rysunek 19. Oczekiwane przeciętne trwanie życia (LE) i oczekiwane przeciętne trwanie życia w zdrowiu (HLY) w Polsce w latach 2009-2019 dla osób w wieku 60 lat.

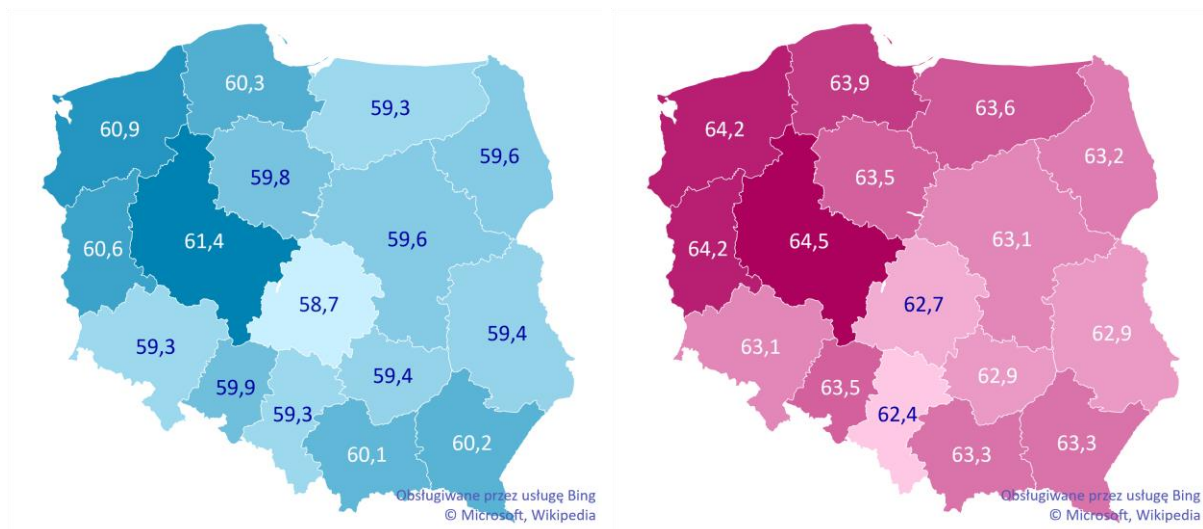


Źródło: GUS.

Ponadto występuje duże zróżnicowanie przestrzenne współczynników HLY. Najdłuższym trwaniem życia w zdrowiu w 2019 r. charakteryzowały się kobiety i mężczyźni mieszkający w województwie wielkopolskim. Z kolei najkrótsze trwanie życia w zdrowiu mężczyzn zaobserwowano w województwie łódzkim, a kobiet w śląskim. Mieszkańcy województw Polski zachodniej większą część życia przeżywają w zdrowiu (tj. proporcja przeciętnego trwania życia w zdrowiu do przeciętnego trwania życia jest tam wyższa) w porównaniu do województw leżących na wschodzie kraju.²²

²² Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009-2020 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2020-r-,5,1.html> (dostęp w dniu 11.05.2022 r.)

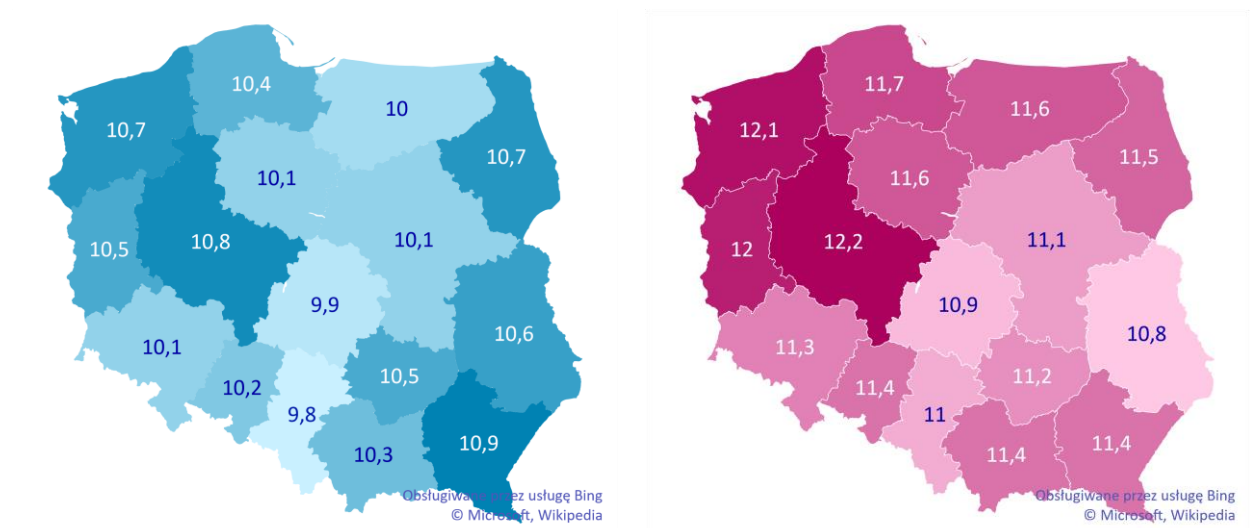
Rysunek 20. Oczekiwane przeciętne trwanie życia w zdrowiu mężczyzn (po lewej) i kobiet (po prawej) w podziale na województwa w 2019 r.



Źródło: GUS.

Podobnie sytuacja wygląda w przypadku wskaźnika HLY dla osób w wieku 60 lat z tą różnicą, że dysproporcja pomiędzy dalszym trwaniem życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn zmniejsza się. Mimo, że dla mężczyzn przewiduje się krótsze trwanie życia, to większą jego część przeżyją w zdrowiu.

Rysunek 21. Oczekiwane przeciętne dalsze trwanie życia w zdrowiu mężczyzn (po lewej) i (po prawej) kobiet w wieku 60 lat w Polsce w 2019 r.

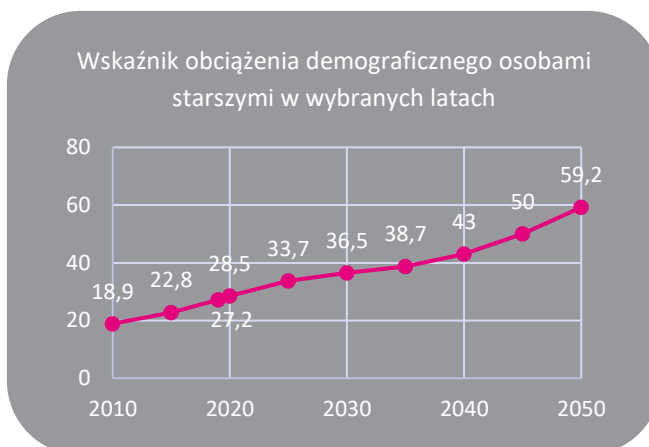


Źródło: GUS.

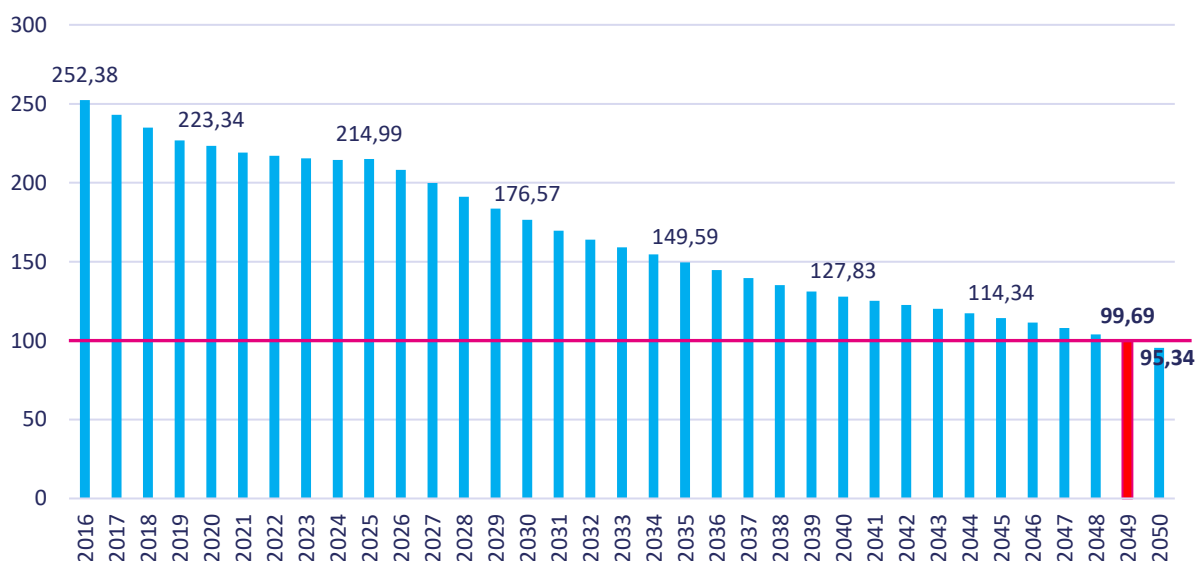
3.2.3. Potencjał opiekuńczy

Istotne znaczenie w analizie sytuacji osób starszych mają współczynniki określające potencjał opiekuńczy, czyli możliwości udzielenia wsparcia osobie starszej przez rodzinę. W Polsce zmniejszają się zasoby opieki nad osobami starszymi przez członków rodzin. Dynamiczny przyrost liczby osób starszych oznacza, że przy jednoczesnym spadku dzietności, wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym.²³ Wpływa to

na niekorzystne zmiany wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi, definiowanego jako proporcja liczby osób w wieku 65 lat i więcej do liczby osób w wieku 15–64 lat, oraz współczynnika potencjału pielęgnacyjnego²⁴.



Rysunek 22. Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego – średnie wartości dla Polski w kolejnych latach.



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

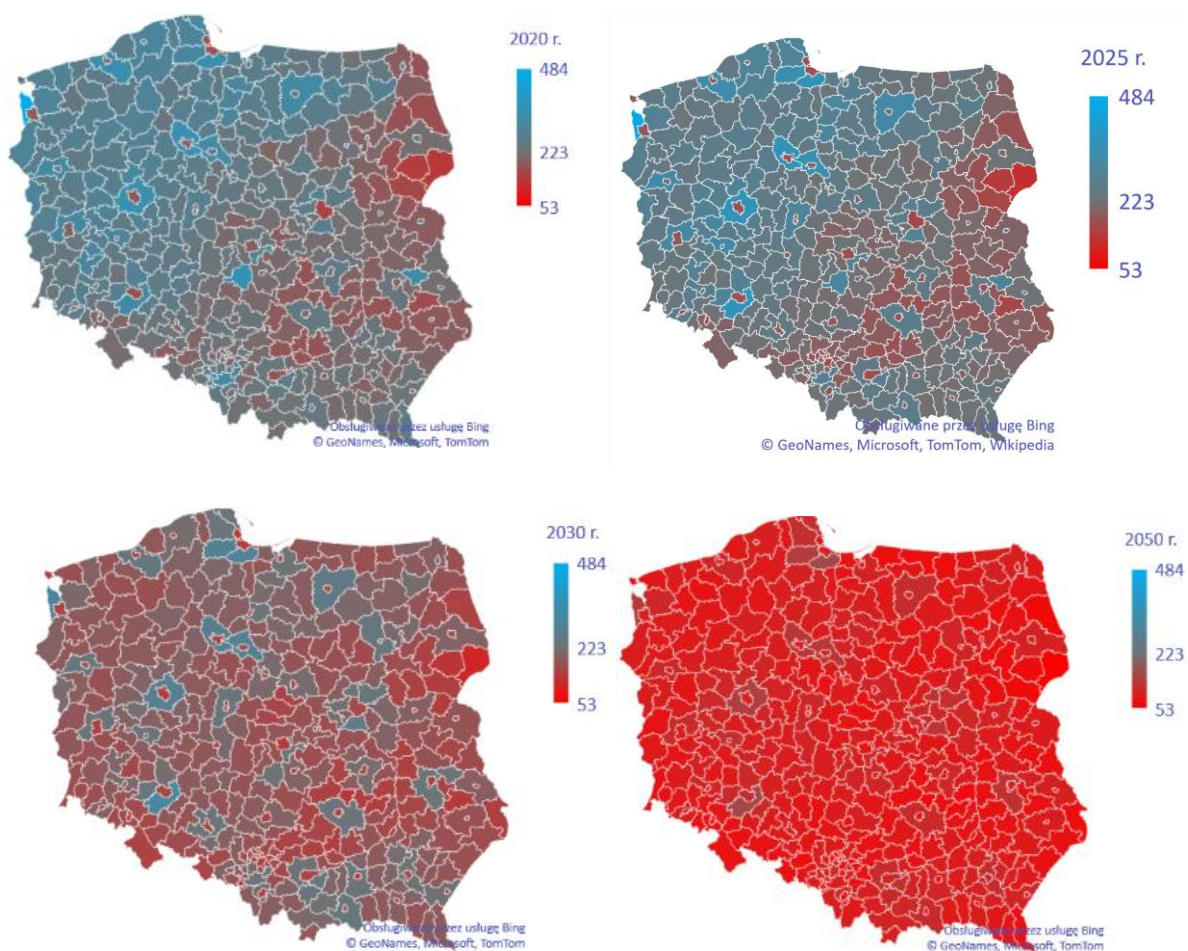
Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego o wartości poniżej 100 oznacza, że osób w wieku 80 lat i więcej będzie więcej niż ich potencjalnych opiekunów. Prognozuje się, że w Polsce sytuacja ta nastąpi w 2049 r. Jednakże zjawisko to nie będzie następować równomiernie

²³https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5470/4/1/1/trwanie_zycia_w_zdrowiu_w_polsce_w_latach_2009-2019.pdf

²⁴ Współczynnik pielęgnacyjny oblicza się poprzez podzielenie liczby kobiet w wieku 50-64 (czyli potencjalnych opiekunów) przez liczbę populacji w wieku 80 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób.

w całym kraju. W pierwszym analizowanym okresie, czyli do 2025 r., wartości te zostaną osiągnięte w powiatach wschodnich. W kolejnych latach nastąpi ich znaczne obniżenie już we wszystkich powiatach w kraju.

Rysunek 23. Współczynnik pielęgnacyjny w podziale na powiaty w 2020, 2025, 2030 i 2050 r.

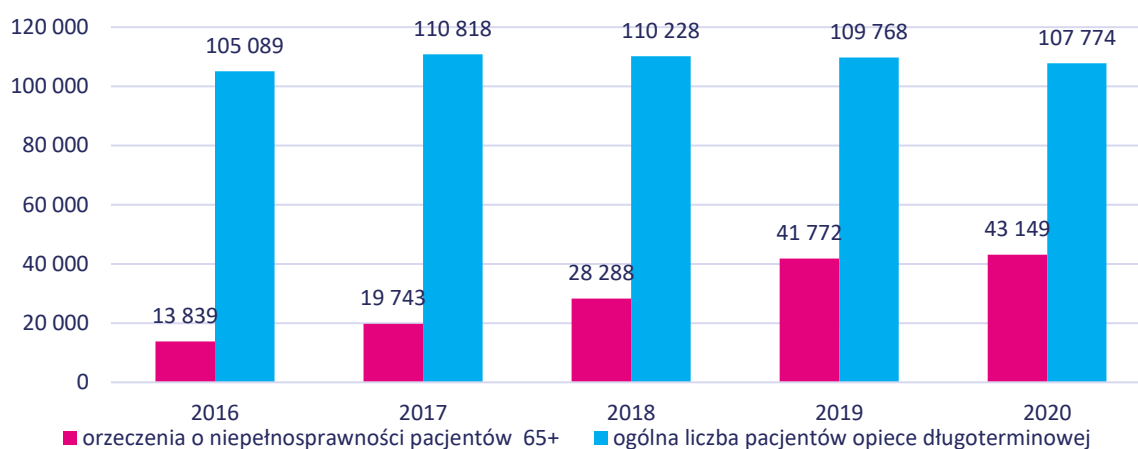


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

3.2.4. Stopień niepełnosprawności i niesamodzielności

Od kilku lat obserwuje się systematyczny wzrost udziału osób z orzeczeniem o niepełnosprawności wśród pacjentów opieki długoterminowej (niepełnosprawność prawna). Wzrost ten jest szczególnie zauważalny wśród osób w wieku 65 lat i więcej.

Rysunek 24. Udział pacjentów w wieku 65 lat i więcej z orzeczonym stopniem niepełnosprawności wśród ogólnej liczby pacjentów opieki długoterminowej w latach 2016 - 2020.

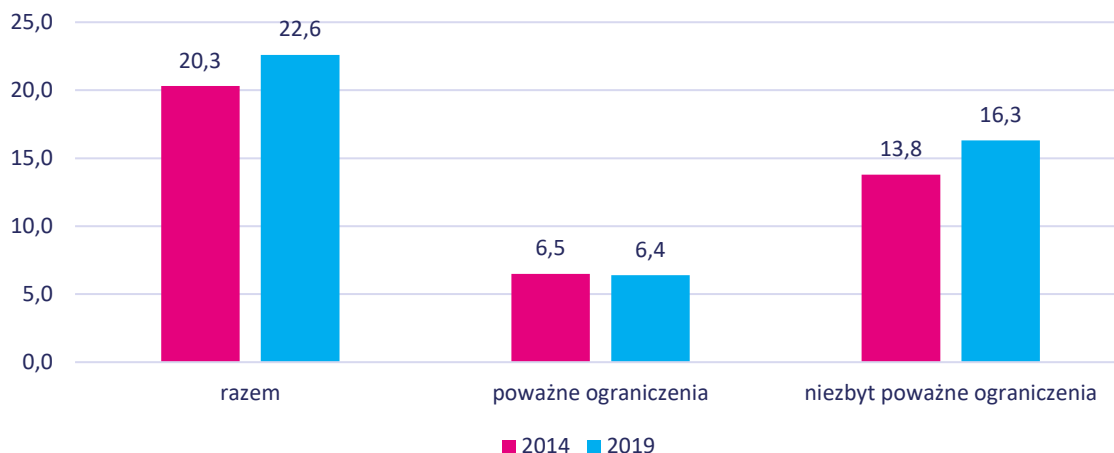


Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

Przeprowadzone w ramach Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*) z 2019 r. badanie ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności bez względu na posiadanie (niepełnosprawność prawna) lub brak orzeczenia o niepełnosprawności (niepełnosprawność biologiczna) również pokazało tendencję wzrostową względem poprzedniej edycji z 2014 r. Odsetek osób wskazujących poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności pozostał na podobnym poziomie jak 5 lat wcześniej. Zauważalny wzrost wystąpił w obszarze czynności podstawowych. Wartości te wskazują na rosnące wraz z wiekiem potrzeby opiekuńcze, zwłaszcza w grupie osób najstarszych w wieku 80 lat i więcej.²⁵

²⁵ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>

Rysunek 25. Odsetek osób z ograniczeniami w wykonywaniu codziennych czynności według stopnia ograniczenia w 2019 r. i 2014 r. (badanie EHIS).



Źródło: GUS.

Poziom sprawności seniorów mierzono także zdolnością do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (ADL)²⁶ oraz złożonych czynności dnia codziennego (IADL)²⁷ w ramach projektu *PolSenior 2*²⁸. Wyniki badań przeprowadzone z wykorzystaniem tych skali wskazują na stale zmniejszający się wraz z wiekiem odsetek osób w pełni samodzielnych w zakresie czynności dnia codziennego, szczególnie zauważalny w zakresie czynności IADL w grupie osób w wieku 75 lat i więcej. Ponadto istotnie większe deficyty w skali IADL odnotowano u osób słabiej wykształconych, szczególnie z wykształceniem podstawowym lub niepełnym podstawowym, a także wśród mieszkańców wsi.²⁹

²⁶ Dychotomiczna skala ADL (*Activities of Daily Living*) ocenia samodzielność (1 pkt) lub jej brak (0 pkt) w wykonywaniu sześciu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak: mycie, ubieranie się, jedzenie, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych i korzystanie z toalety (Katz i wsp., 1963; Katz i wsp., 1970). W oparciu o sumę uzyskanych punktów, sklasyfikowano respondentów zgodnie z powszechnie stosowaną w Polsce interpretacją. Obliczono również odsetek osób, u których wystąpił co najmniej jeden deficyt w zakresie czynności podstawowych. (*PolSenior 2*, s. 183)

²⁷ Skala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) ocenia nie tylko możliwość samodzielnego wykonania złożonych czynności dnia codziennego, lecz także zdolność do ich planowania i organizacji (Lawton i Brody, 1969). Wśród ocenianych obszarów znajdują się: korzystanie z telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej lub taksówek, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie prac domowych, robienie prania, przyjmowanie leków i gospodarowanie finansami. Każda z wymienionych ośmiu czynności oceniana jest w trzech kategoriach: wykonywana bez pomocy (3 pkt), wykonywana z pomocą osoby drugiej lub przy zastosowaniu specjalnych udogodnień technicznych (2 pkt), niewykonywana (1 pkt). Zgodnie z zastosowaną punktacją zakres możliwych do uzyskania wyników kształtuje się od maksymalnie 24 pkt (osoba w pełni sprawna) do 8 pkt (osoba niesprawna). (*PolSenior 2*, s. 183-184)

²⁸ *PolSenior 2: Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*²⁸, realizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 ze środków Ministerstwa Zdrowia przez zespół badawczy z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed), pod kierownictwem prof. Tomasza Zdrojewskiego.

²⁹ *PolSenior 2*, s. 196

Tabela 2. Stopień sprawności według skali ADL u osób w wieku 60 lat i więcej w badaniu *PolSenior 2* (z wyłączeniem osób z chorobami onkologicznymi).

	Pełna sprawność (ADL: 6-5 pkt)	Umiarkowana niesprawność (ADL: 4-3 pkt)	Znaczna niesprawność (ADL: 2-0 pkt)
60-64 lat	98,6%	0,5%	0,9%
65-69 lat	98,7%	0,2%	1,1%
70-74 lat	97,1%	1,9%	1%
75-79 lat	95,3%	3,2%	1,5%
80-84 lat	92,4%	4%	3,6%
85-89 lat	81,2%	9,1%	9,6%
90 i więcej lat	65,8%	15,7%	18,5%

Źródło: Wyniki badania *PolSenior 2*.

Z wiekiem wzrastają także odsetki osób niesprawnych zarówno z niesprawnością umiarkowaną, jak i znaczną. W grupie wieku 85–89 lat odsetki badanych z takimi stopniami niesprawności były istotnie wyższe niż w młodszych grupach wiekowych. Ponadto wśród osób w wieku 85 lat i więcej trudności z samodzielnym wykonywaniem podstawowych czynności dnia codziennego istotnie częściej miały kobiety niż mężczyźni. Również odsetek w grupie osób sprawnych z wykształceniem podstawowym był istotnie niższy w porównaniu z grupą osób z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym zarówno w populacji starszych kobiet, jak i mężczyzn. Wyniki skali ADL wskazują także na zróżnicowanie terytorialne pod względem sprawności funkcjonalnej – najmniej osób charakteryzujących się pełną sprawnością odnotowano w Polsce północnej, wschodniej i centralnej, a najwięcej – w regionie północno-zachodnim i w województwie mazowieckim.

3.3. Wnioski

- Opieką długoterminową i geriatryczną w systemie ochrony zdrowia objęte są głównie osoby w wieku 60 lat i więcej, które stanowią około 90% pacjentów. W większości są to kobiety, ale przewaga jest większa niż wynikająca ze struktury demograficznej społeczeństwa. Może to wskazywać na **częstsze korzystanie z opieki formalnej przez kobiety**.
- Średnia oraz mediana wieku wśród pacjentów w wieku 60 lat i więcej objętych opieką długoterminową były zbliżone do średniej i mediany wieku pacjentów na oddziałach geriatrycznych. Świadczy to o **podobnej strukturze wiekowej osób starszych korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej**.
- **Korzystanie z opieki długoterminowej lub geriatrycznej nie jest zależne od miejsca zamieszkania**. Dwóch na trzech pacjentów w opiece długoterminowej i geriatrycznej

mieszkało w miastach, co odpowiada strukturze osób w wieku 60 lat i więcej zamieszkującej tereny miejskie.

- Populacja Polski starzeje się w dynamiczny sposób (rośnie udział osób starszych w populacji, w tym najstarszych w wieku 80 lat i więcej), a dodatkowo zmniejsza się liczba ludności. Prognozowane do 2050 r. współczynniki udziału osób w wieku 60 lat i więcej w populacji w powiatach wskazują na największe wzrosty w miastach oraz w powiatach oddalonych od ośrodków miejskich. **Na tych obszarach popyt na świadczenia opieki długoterminowej będzie zatem rósł najbardziej i tam konieczne będą intensywne działania w zakresie zabezpieczenia opieki.**
- Mimo wzrostu wskaźnika oczekiwanego przeciętnego trwania życia, wskaźnik liczby lat przeżytych w zdrowiu rośnie proporcjonalnie wolniej. W przypadku tej miary sytuacja jest również zróżnicowana terytorialnie. Mieszkańcy województw Polski zachodniej większą część życia przeżywają w zdrowiu w porównaniu do województw leżących na wschodzie kraju. Sugeruje to również **terytorialne różnice w zakresie popytu na świadczenia teraz i w najbliższych latach.**
- Zazwyczaj pierwszymi osobami udzielającymi wsparcia w momencie pojawienia się niesamodzielności są współmałżonkowie, następnie dzieci i dalsi krewni. Zgodnie z prognozą zasoby ludzkie mogące wspierać osoby starsze w codziennym funkcjonowaniu ulegną z biegiem lat poważnemu ograniczeniu. Co więcej, zmniejszać się będzie nie tylko liczba rodzinnych opiekunów, lecz także osób mogących pełnić profesjonalnie rolę opiekuna osoby starszej. **Popyt na świadczenia formalnej opieki długoterminowej będzie zatem wzrastał, co jednocześnie będzie przekładało się na zapotrzebowanie na kadrę opiekuńczą.**
- Zasoby ludzkie mogące wspierać osoby starsze w codziennym funkcjonowaniu z biegiem lat ulegną również poważnemu ograniczeniu. Z prognoz wynika, że w Polsce w 2049 r. współczynnik pielęgnacyjny spadnie poniżej 100. Oznacza to, że osób w wieku 80 lat i więcej będzie więcej niż ich potencjalnych opiekunów. Systematyczne zmniejszanie się tego wskaźnika przyczynia się do zmniejszenia potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli opieki długoterminowej i geriatrycznej. **Przełoży się to na większe obciążenie zorganizowanych form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i wymagać będzie niezbędnych dostosowań systemowych w tym zakresie.** Uwzględniając nierównomierność zmian demograficznych na poziomie powiatów w czasie, **zmiany będzie można jednak wprowadzać stopniowo.**
- Wszystkie miary i badania określające poziom niepełnosprawności i niesamodzielności (tj. orzeczenia o niepełnosprawności, EHIS, *PolSenior 2*, ADL, IADL) wskazują na podobne wnioski: z wiekiem zwiększa się poziom niesprawności, a w Polsce w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby osób niesamodzielnych. Wskazują one także na gorszą sytuację w tym zakresie kobiet, osób gorzej wykształconych,

mieszkańców wsi oraz wschodnich regionów Polski. Konkluzje te pociągają za sobą konieczność podjęcia działań w zakresie odpowiedzi na **wzrastający popyt na świadczenia opieki długoterminowej (socjalne i zdrowotne) i pojawiające się potrzeby w tym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem grup defaworyzowanych, zarówno społecznie, jak i geograficznie.**

4. Porównanie popytu i podaży

4.1. Prognoza popytu na świadczenia stacjonarnej i domowej opieki długoterminowej

Założenia prognozy

- ✓ Bazowano na prognozie liczby ludności GUS na lata 2022-2050 oraz odsetku osób według stopnia sprawności w skali ADL z badania *PolSenior 2* w podziale na grupy wiekowe oraz płeć, z wyłączeniem pacjentów onkologicznych.
- ✓ W prognozie nie uwzględniono potrzeb pacjentów onkologicznych z uwagi na inny charakter przysługujących im świadczeń zdrowotnych. Odsetek osób w wieku 60 lat i więcej bez chorób nowotworowych w podziale na grupy wiekowe i płeć pozyskano z badania *PolSenior 2*.
- ✓ Analizy w grupach wieku uwzględniały przyjęty w badaniu podział na pięcioletnie kohorty (60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89 oraz ≥90 lat).
- ✓ Założono, że opieką długoterminową (zdrowotną lub społeczną) lub geriatryczną powinny zostać objęte osoby ze znaczną niesprawnością, tj. osoby, które w skali ADL uzyskały 2-0 pkt.
- ✓ Założono, że w ramach opieki socjalnej istnieje infrastruktura zabezpieczająca 61 533 pacjentów w wieku 60 lat i więcej.

Na podstawie przyjętych założeń określono, że w 2019 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wymagających opieki długoterminowej lub geriatrycznej wynosiła 171,6 tys.

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa coraz większa liczba osób w wieku 60 lat i więcej będzie wymagała wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Z przeprowadzonej prognozy wynika, że **w 2030 r. szacunkowa liczba osób starszych potrzebujących opieki długoterminowej lub geriatrycznej wyniesie ponad 197,6 tys., w 2040 r. ponad 275,6 tys., a w 2050 r. ponad 317,2 tys.** Należy pamiętać, że prognozy długoterminowe obarczone są niepewnością związaną z trudnymi do przewidzenia czynnikami społecznymi, ekonomicznymi i zdrowotnymi. Wpływ na to będą miały także podejmowane inne działania sektorowe, których realizację założono w dokumentach strategicznych dla ochrony zdrowia.

4.2. Określenie poziomu równowagi

W celu przeprowadzenia oceny zasadności przekształcenia części szpitali powiatowych w jednostki opieki długoterminowej lub oddziały geriatryczne, konieczne jest określenie potrzeb w zakresie opieki długoterminowej i geriatrycznej w warunkach stacjonarnych.

Potrzeby wyliczono z następującego wzoru:

$$\text{Potrzeby} = D \times S / r - Q_z$$

gdzie:

D – popyt, czyli szacunkowa liczba osób starszych wymagających opieki długoterminowej (znacznym stopień niesprawności w skali ADL)

S – udział pacjentów w opiece długoterminowej w warunkach stacjonarnych w łącznej liczbie pacjentów w wieku 60 lat i więcej w opiece długoterminowej

r – współczynnik rotacji, czyli liczba pacjentów podzielona na liczbę łóżek w stacjonarnej opiece długoterminowej

Q_z – Podaż w opiece zdrowotnej, czyli liczba łóżek w ZOL/ZPO o profilu ogólnym w 2019 r.

Wskaźnik rotacji określono na 1,36, ZOL/ZPO o profilu ogólnym dysponowały 31 tys. łóżek w 2019 r., a udział pacjentów w opiece stacjonarnej wynosił 38%.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, w 2019 r. potrzeby w stacjonarnej opiece długoterminowej lub geriatrycznej wyniosły 47,9 tys. miejsc w stosunku do 31 tys. obecnie funkcjonujących łóżek.

5. Ocena możliwości przekształcenia oddziałów szpitalnych

5.1. Oszacowanie potencjału przekształceń

5.1.1. Niewykorzystany potencjał

W tej części pokazano wyniki analizy niewykorzystanego potencjału w szpitalach powiatowych, stanowiącego łóżka możliwe do przekształcenia w ośrodki opieki długoterminowej lub oddziały geriatryczne. Analiza bazowała na oszacowaniu liczby łóżek, które w oparciu o dane empiryczne z 2019 r. pozostawały niewykorzystane w zestawieniu z liczbą łóżek gwarantujących optymalne obłożenie oddziałów szpitalnych. W tym celu zdefiniowano i zestawiono ze sobą dwa mierniki:

- 1) nominalną liczbę łóżek możliwych do przekształcenia, jako liczbę łóżek, po przekształceniu których obłożenie powinno być zbliżone do optymalnego poziomu wynoszącego 85%. Liczba ta jest szacowana według wzoru:

Liczba łóżek $\times (1 - \text{Obłożenie empiryczne} / \text{Obłożenie optymalne})$

Obłożenie empiryczne jest średnim obłożeniem za lata 2016-2019, co gwarantuje, że potencjał przekształceniowy nie zależy od wyników jednego, potencjalnie słabszego roku. Wskaźnik można interpretować jako maksymalną szacowaną liczbę łóżek do przekształcenia w jednostce administracyjnej. Należy mieć na uwadze, że geriatryka i opieka długoterminowa nie są jedynymi obszarami, które mogą wymagać zwiększonej liczby łóżek w przyszłości, jednak wolumeny przedstawione w analizie zostały pomniejszone o zapotrzebowanie łóżkowe analizowanych oddziałów, które wymagają zwiększenia bazy łóżkowej;

- 2) odsetek liczby łóżek możliwych do przekształcenia w łóżkach ogółem na wybranych oddziałach w szpitalach powiatowych (wyznaczone na poziomie województwa oraz powiatu).

Przeprowadzona analiza ma na celu określenie przybliżonej skali i ogólnej możliwości dokonywania przekształceń.

Założenia

- ✓ Zakres analizy obejmował oddziały szpitalne w szpitalach powiatowych, z wyłączeniem wybranych typów oddziałów (anestezjologii i intensywnej terapii, geriatryczne, leczenia jednego dnia, radioterapii, rehabilitacyjne oraz SOR).
- ✓ Liczba łóżek z potencjałem do przekształcenia oszacowana na podstawie danych liczby łóżek na koniec roku według rejestru RPWDL oraz danych o świadczeniach sprawozdanych przez jednostki do NFZ za 2019 r.

- ✓ Jako wartość referencyjną obłożenia przyjęto 85%.
- ✓ Obłożenie empiryczne jest średnim obłożeniem za lata 2016-2019, co gwarantuje, że potencjał przekształceniowy nie zależy od wyników jednego, potencjalnie słabszego roku.

Na koniec 2019 r. oddziały szpitali powiatowych **dysponowały 61,9 tys. łóżek**, z których według przeprowadzonych szacunków **24% (14,9 tys.) stanowi maksymalną bazę łóżek możliwych do przekształcenia**.

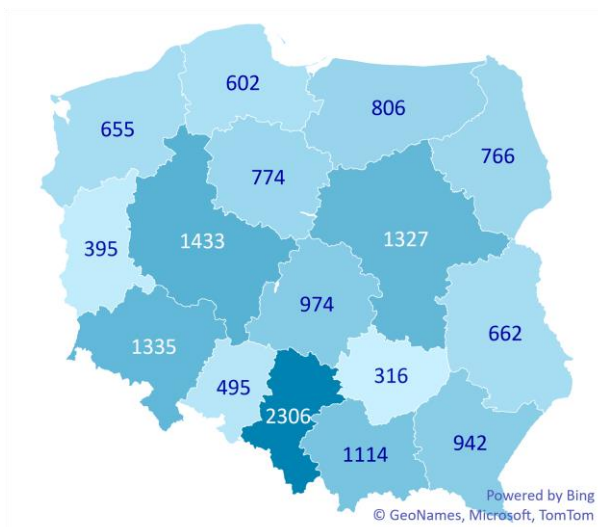
Województwa charakteryzowały się znaczącymi różnicami zarówno pod względem nominalnej liczby łóżek do przekształcenia, jak i ich udziału w bazowej liczbie łóżek. Najwięcej łóżek do przekształcenia (powyżej 2,3 tys.) odnotowano w województwie śląskim, najmniej (poniżej 500) w opolskim, lubuskim oraz świętokrzyskim.

Największy potencjał przekształceniowy w stosunku do bazowej liczby łóżek istnieje w województwach kujawsko-pomorskim, dolnośląskim, zachodniopomorskim oraz lubuskim (31-36%). Najniższe możliwości istnieją z kolei w województwach małopolskim oraz świętokrzyskim.

Największa nominalnie liczba łóżek do przekształcenia pochodzi z oddziałów chorób wewnętrznych, oddziałów chirurgicznych ogólnych oraz oddziałów położniczo-ginekologicznych. Te ostatnie, z uwagi na strategiczne działania nastawione na wzrost dzietności w Polsce, przekształcane będą w dalszej kolejności lub w ogóle. Sytuacja jest zróżnicowana w zależności od województwa.

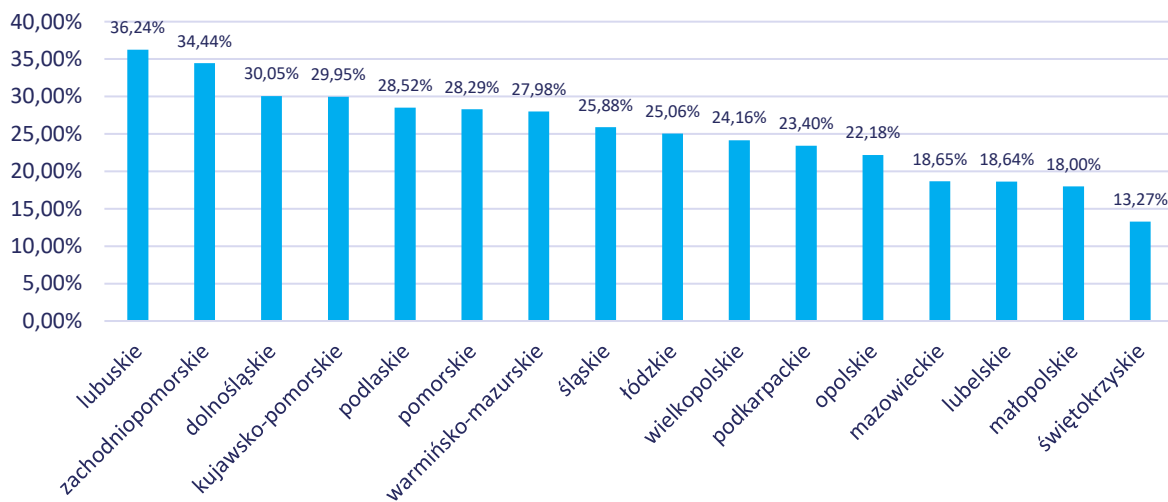
W 77 powiatach nie ma możliwości przekształcenia łóżek. Sytuacja taka występować może z uwagi na brak w nich jednostek z analizowanej grupy, albo ze względu na niewystarczającą bazę łóżkową w analizowanych oddziałach. Może to powodować konieczność szczególnego wsparcia w omawianym zakresie w wymienionych regionach. Spośród powiatów, gdzie takie możliwości istnieją, na pierwszym miejscu są większe miasta (Kraków, Bytom, Poznań, Gliwice, Katowice), chociaż na czele tej kategorii znajdują się też mniejsze powiaty (powiat zgorzelecki, powiat kłodzki, powiat lubiński). W stosunku do istniejącej bazy łóżkowej wyróżniają się powiaty takie jak mogileński, nakielski czy moniecki (ponad 55% łóżek). Na drugim biegunie są Opole, powiaty starachowicki, Kielce, powiat krotoszyński oraz białogardzki, w których analizowane oddziały borykają się z niedoborem łóżek.

Rysunek 26. Liczba potencjalnych łóżek do przekształcenia wybranych oddziałów szpitali powiatowych według średniorocznej liczby łóżek w 2019 r. w podziale na województwa.



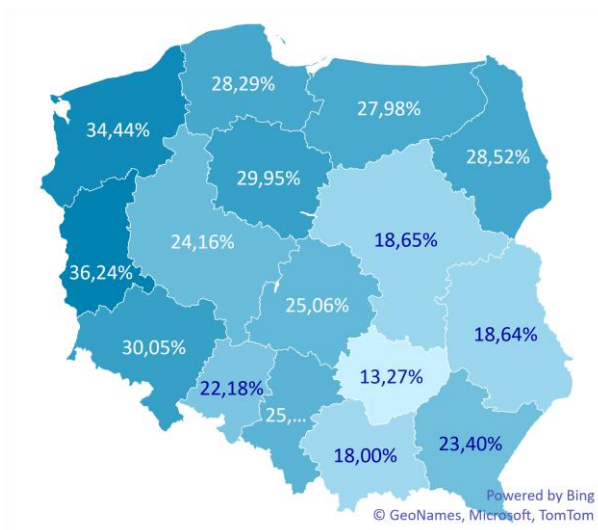
Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz RPWDL.

Rysunek 27. Odsetek potencjalnych łóżek w łóżkach ogółem wybranych oddziałów szpitali powiatowych według średniorocznej liczby łóżek w 2019 r.



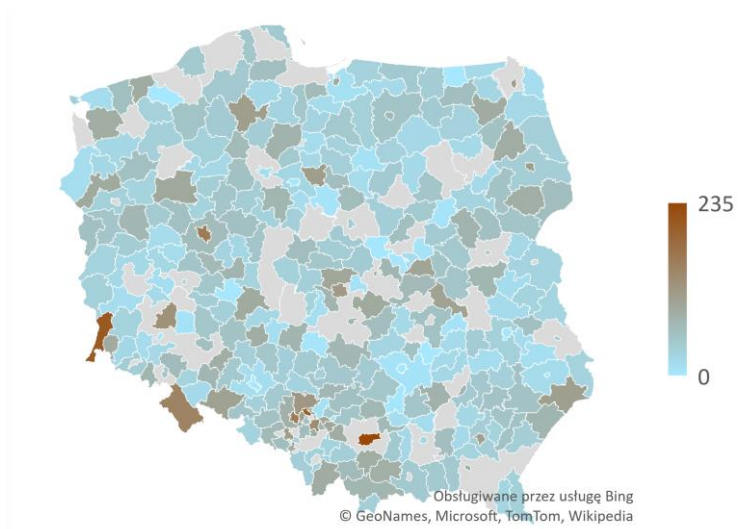
Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz RPWDL.

Rysunek 28. Odsetek potencjalnych łóżek w łóżkach ogółem wybranych oddziałów szpitali powiatowych według średniorocznej liczby łóżek w 2019 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz RPWDL.

Rysunek 29. Liczba potencjalnych łóżek do przekształcenia wybranych oddziałów szpitali powiatowych według średniorocznej liczby łóżek w 2019 r. w podziale na powiaty.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz RPWDL.

5.1.2. Nieefektywnie wykorzystany potencjał

W tym podrozdziale przeprowadzono analizę możliwości przekształcenia części szpitali powiatowych w ośrodki opieki długoterminowej i oddziały geriatryczne na podstawie zdiagnozowanego nieefektywnego wykorzystania obecnie dostępnych łóżek szpitalnych. W tym celu zdefiniowano i wyliczono dwa mierniki:

- 1) liczbę hospitalizacji długich, tj. hospitalizacji zachowawczych osób w wieku 60 lat i więcej, trwających powyżej 4 tygodni,

- 2) liczbę hospitalizacji diagnostycznych, tj. hospitalizacji trwających krócej niż dwa dni, w trakcie których sprawozdano wyłącznie diagnostyczne, niezabiegowe procedury, bez względu na wiek pacjenta.

Przeprowadzona analiza ma na celu określenie przybliżonej skali i ogólnej możliwości dokonywania przekształceń. W przypadku hospitalizacji długich należałoby rozważyć przesunięcie ich właśnie do nowotworzonych komórek, co ograniczy koszty ich udzielania (patrz rozdział 5.2.2.). Natomiast przesuwając hospitalizacje diagnostyczne do AOS można wykorzystać ten potencjał w sposób efektywny – tworząc nowe miejsca dla pacjentów opieki długoterminowej. Rzeczywista liczba łóżek możliwych do przekształcenia może być niższa z uwagi na pewne uproszczenia statystyczne.

Hospitalizacje długie – założenia

- ✓ Jako hospitalizacje długie przyjęto hospitalizacje zachowawcze trwające powyżej 4 tygodni u osób w wieku 60 lat i więcej w szpitalach powiatowych w 2019 r. Założono, że wynikają one z niewystarczającej podaży świadczeń w ramach opieki długoterminowej i geriatrycznej. Jak wskazują wnioski z mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, infrastruktura jest nieodpowiednia do zaspokojenia obecnych i przyszłych potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej³⁰. W konsekwencji część pacjentów jest zaopatrywana na poziomie leczenia szpitalnego.
- ✓ W analizie pominięto oddziały intensywnej terapii, leczenia jednego dnia, SOR, oddziały geriatryczne, radioterapii i rehabilitacyjne.
- ✓ Wykluczono zakresy dotyczące diagnostyki i leczenia onkologicznego, hematologii, toksykologii oraz położnictwa i ginekologii.
- ✓ Liczbę potencjalnych łóżek do przekształcenia wyliczono jako iloraz osobodni hospitalizacji i liczby 365.

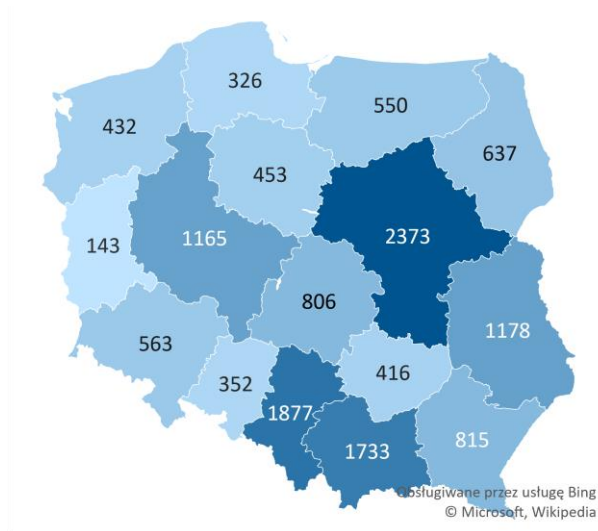
Łącznie zidentyfikowano **13 819 hospitalizacji** wpisujących się w założenia, co przełożyło się na **1 449 potencjalnych łóżek** do przekształcenia.

Potencjalne łóżka do przekształcenia stanowią **2,34% średniej liczby łóżek** w 2019 r. Najmniejszy odsetek odnotowano w województwie dolnośląskim (1,36%), a największy w województwie lubelskim (3,54%).

Najwięcej potencjalnych łóżek do przekształcenia zidentyfikowano **na oddziałach chorób wewnętrznych (786) i na oddziałach neurologicznych (293)**.

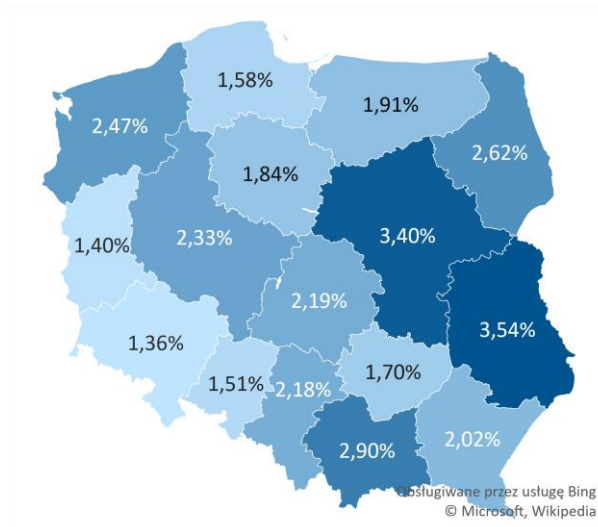
³⁰ Mapa potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026

Rysunek 30. Liczba hospitalizacji długich według województw w 2019 r.



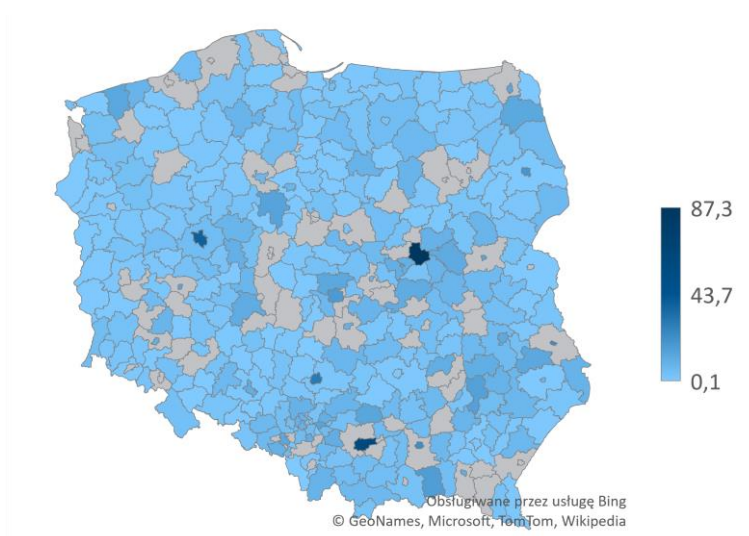
Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Rysunek 31. Udział potencjalnych łóżek do przekształcenia w stosunku do średniej liczby łóżek w województwach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i RPWDL.

Rysunek 32. Liczba potencjalnych łóżek do przekształcenia w podziale na powiaty.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Hospitalizacje diagnostyczne – założenia

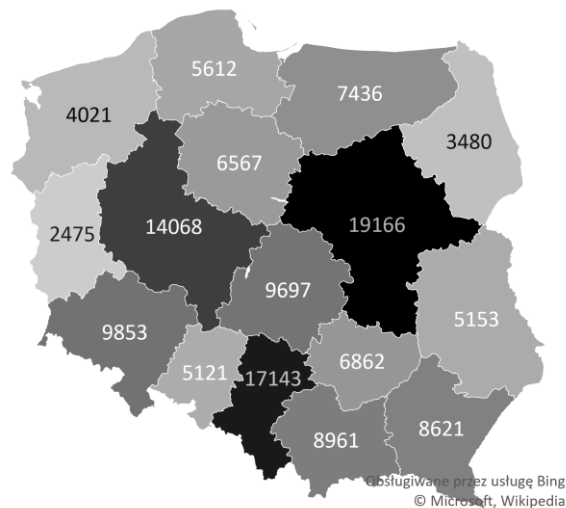
- ✓ Jako hospitalizacje diagnostyczne przyjęto hospitalizacje w szpitalach powiatowych w 2019 r. trwające krócej niż 2 dni, w trakcie których sprawozdano wyłącznie diagnostyczne, niezabiegowe procedury. Uznano je za świadczenia możliwe do realizacji w trybie ambulatoryjnym. Założenie to wpisuje się we wnioski z mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026. Zgodnie z nimi, system opieki zdrowotnej charakteryzuje się brakiem równowagi w strukturze świadczeń zdrowotnych: leczenie pacjentów w nadmiernym stopniu opiera się na opiece stacjonarnej zamiast na ambulatoryjnej. Przeniesienie świadczeń diagnostycznych do placówek niższego poziomu opieki pozwoliłoby bardziej efektywnie wykorzystać potencjał szpitali powiatowych.
- ✓ W analizie pominięto oddziały intensywnej terapii, leczenia jednego dnia, SOR, oddziały geriatryczne, radioterapii i rehabilitacyjne.
- ✓ Pominięte zostały hospitalizacje związane z realizacją programów lekowych i chemioterapii.
- ✓ Liczbę potencjalnych łóżek do przekształcenia wyliczono jako iloraz osobodni i liczby 365.

łącznie zidentyfikowano **134 236 hospitalizacji** wpisujących się w założenia, co przełożyło się na **367 potencjalnych łóżek do przekształcenia**.

Potencjalne łóżka do przekształcenia stanowią **0,59% średniej liczby łóżek w 2019 r.** Najmniejszy odsetek odnotowano w województwie podlaskim (0,35%), a największy w województwie świętokrzyskim (0,79%).

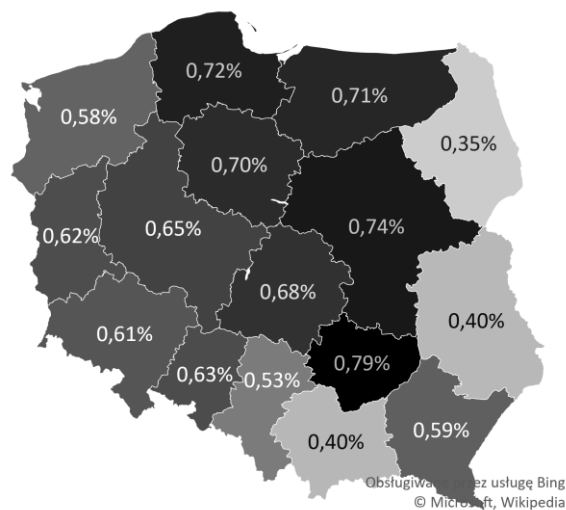
Najwięcej potencjalnych łóżek do przekształcenia zidentyfikowano **na oddziałach położniczo-ginekologicznych (91), chirurgicznych ogólnych (71) i chorób wewnętrznych (65)**.

Rysunek 33. Liczba hospitalizacji diagnostycznych w podziale na województwa.



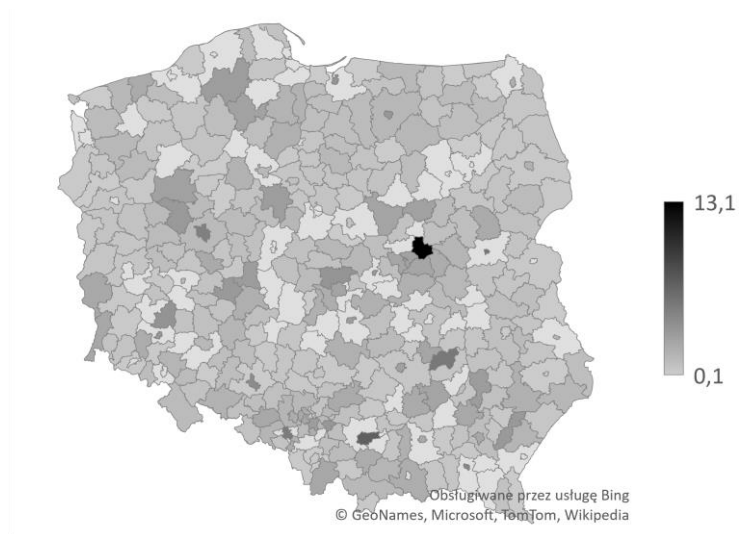
Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Rysunek 34. Procent potencjalnych łóżek do przekształcenia w stosunku do średniej liczby łóżek w województwach w 2019 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Rysunek 35. Liczba potencjalnych łózek do przekształcenia w podziale na powiaty.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

5.2. Warunki brzegowe analizy

5.2.1. Obecna struktura

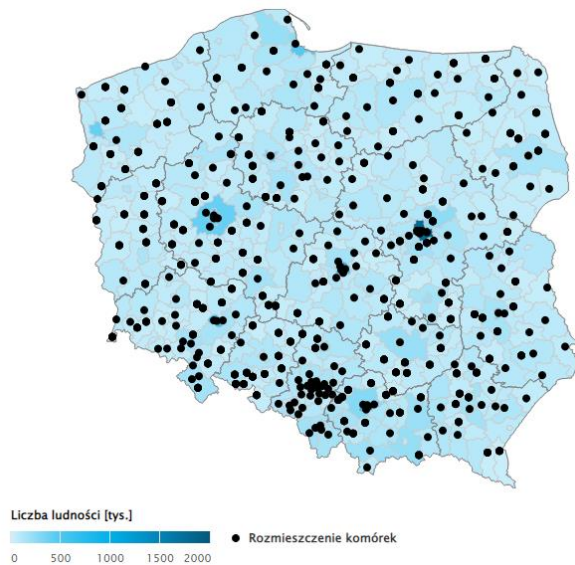
Szpital powiatowe rozłożone są dosyć równomiernie na terenie całego kraju, przy czym większa ich liczba skupiona jest w aglomeracjach miejskich. Maksymalna liczba komórek szpitalnych³¹ w powiecie wyniosła 20 (w Warszawie), powyżej 10 komórek miał także powiat cieszyński, Katowice, Kraków i Poznań.

W celu analizy dostępności terytorialnej do szpitali powiatowych przyjęto jako punkt odcięcia 35 km. Odległość powyżej tej wartości odnotowana została w 9 powiatach na terenie kraju: bialskim, bieszczadzkim, ryckim, ostrołęckim, gryfińskim, mieście Ostrołęka, kaliskim, sieradzkim oraz słupeckim³².

³¹ Jako jedna komórka liczony jest jeden świadczeniodawca którzy sprawozdał świadczenia w jednej gminie (jeśli jeden świadczeniodawca ma komórki w kilku gminach to liczony jest kilkakrotnie)

³² Maksymalna odległość do szpitala liczona jest jako odległość w linii prostej od centroidy danej gminy do centroidy gminy, w której znajduje się szpital

Rysunek 36. Rozmieszczenie komórek szpitali I i II poziomu według centroid gmin, w których się znajdują, w 2019 r.

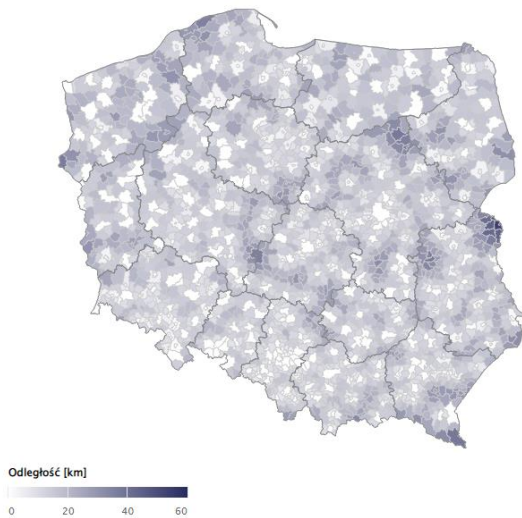


436
liczba szpitali I i II poziomu referencyjnego w Polsce

315 z 380
powiatów w Polsce, na terenie których znajdowały się szpitale I lub II poziomu

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Rysunek 37. Odległość gmin od najbliższej gminy, w której znajduje się komórka opieki szpitalnej – szpitali I lub II poziomu – w 2019 r.



12,6 km
mediana odległości w linii prostej gmin do szpitala powiatowego

23 min
mediana czasu dojazdu do najbliższego szpitala powiatowego

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ.

Największa liczba szpitali powiatowych posiadała oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgiczny ogólny oraz oddział-położniczo ginekologiczny. Na tych trzech rodzajach oddziałów realizowana była także największa liczba hospitalizacji.

Najwyższa liczba hospitalizacji pacjentów w wieku 60 lat i więcej realizowana była na oddziale chorób wewnętrznych, oddziale chirurgicznym ogólnym, oddziale kardiologicznym oraz oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Udział hospitalizacji pacjentów w wieku 60 lat i więcej wśród wszystkich hospitalizacji na danym oddziale, poza oddziałem geriatrycznym, zanotowano najwyższy na oddziale okulistycznym (89%). Oddział udarowy i oddział chirurgii naczyniowej miały wysoki odsetek takich hospitalizacji, jednak każdy z nich realizował tylko powyżej 2 tys. hospitalizacji. Oddziały kardiologiczne i oddziały chorób wewnętrznych miały wysoki udział hospitalizacji pacjentów w wieku 60 lat i więcej, a także znajdowały się wśród oddziałów realizujących najwięcej hospitalizacji tej grupy wiekowej.

5.2.2. Porównanie wymogów formalnych

Założenia

- ✓ Porównano wymogi formalne dla oddziałów geriatrycznych i stacjonarnej opieki długoterminowej z oddziałami, gdzie największą grupę osób hospitalizowanych stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej, przy przyjęciu kilku dodatkowych zmiennych (liczba całkowita pacjentów, charakter oddziału, itp.).
- ✓ Dla potrzeb analizy uwzględniono oddział chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i położniczo-ginekologiczny. Wybrano trzy przykłady, żeby sprawdzić możliwości przekształcenia określone w poprzednich rozdziałach, mając na uwadze strukturę oddziałów w szpitalach powiatowych.
- ✓ Analiza sprowadza się więc do porównania wymogów dla leczenia szpitalnego z wymogami dla stacjonarnej opieki długoterminowej.
- ✓ Analizowano warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia^{33 34}.
- ✓ Porównano warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie personelu oraz organizacji ich udzielania.

Wymagania dotyczące personelu

W ramach leczenia szpitalnego liczba personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki jest ustalana przez świadczeniodawcę z uwzględnieniem:

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2021 r. poz. 290)

³⁴ Rozporządzenie 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 2022 r. poz. 965)

- 1) warunków dla personelu określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia,
- 2) profili i specyfiki oraz intensywności pracy (wykorzystanie łóżek) komórek organizacyjnych,
- 3) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek,
- 4) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych (poradnie, gabinety, sale chorych, pomieszczenia gospodarcze i biurowe itp.).

Z kolei w stacjonarnej opiece długoterminowej liczbę lekarzy określono w przeliczeniu na liczbę łóżek, ale nie wskazano wymagań dla liczby pielęgniarek. Wymagania z zakresu opieki pielęgniarskiej wskazują, że 25% pielęgniarek powinno posiadać wykształcenie określone w rozporządzeniu.

Tabela 3. Minimalna liczba etatów lub częściowych etatów przeliczeniowych lekarzy i pielęgniarek w wybranych oddziałach szpitalnych i stacjonarnej opiece długoterminowej.

		Opieka długoterminowa					
		Oddział chorób wewnętrznych	Oddział chirurgii ogólnej	Oddział położniczo-ginekologiczny	Oddział geriatryczny	Zakłady opiekuńcze (dla pacjentów innych niż wentylowani mechanicznie)	Zakłady opiekuńcze dla pacjentów wentylowanych mechanicznie
lekarze		2 etaty lub ich równoważnik			równoważnik 1 etatu	1 etat na 35 łóżek	1/8 etatu na łóżko
	pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko,	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko,	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko,	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko,	nieokreślona	
		w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista wymieniony w rozporządzeniu					25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek - specjalista wymieniony w rozporządzeniu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rozporządzeń MZ.

Zarówno w przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, jak i świadczeń opieki długoterminowej, warunki ich realizacji określają jedynie minimalną liczbę etatów lekarzy wybranej specjalizacji, którzy muszą być zatrudnieni w wybranych komórkach.

Świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej mogą udzielać lekarze:

- specjaliści,
- z I stopniem specjalizacji oraz
- odbywający szkolenie specjalizacyjne, którym kierownik specjalizacji wyraził pozytywną opinię do samodzielnej realizacji świadczeń i odbywania dyżurów medycznych.

W przypadku wypełnienia przez podmiot minimalnych warunków kadrowych, świadczeń mogą udzielać jako dodatkowa kadra medyczna również lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu na czas nieokreślony.

Tabela 4. Porównanie wymaganych specjalizacji lekarskich w ramach świadczeń udzielanych na wybranych oddziałach szpitalnych i w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej.

	Oddział chorób wewnętrznych	Oddział chirurgii ogólnej	Oddział położniczo-ginekologiczny	Oddział geriatryczny	Zakłady opiekuńcze dla dorosłych	Zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia	Zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie
Lekarz specjalista w dziedzinie:							
anestezjologii i intensywnej terapii							•
chirurgii ogólnej		•			•		
chorób płuc							•
chorób wewnętrznych	•				•		
chorób zakaźnych					•		
endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości			•				
geriatrii				•	•		
medycyny ogólnej					•		
medycyny rodzinnej					•		
neurologii					•	•	•
pediatrii						•	
perinatologii			•				
położnictwa i ginekologii			•				
psychiatrii					•		
rehabilitacji medycznej						•	•
Lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie:							
anestezjologii i intensywnej terapii							•

chirurgii ogólnej		•			•		
chorób płuc							•
chorób wewnętrznych	•				•		
chorób zakaźnych					•		
geriatrii					•		
endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości			•				
medycyny ogólnej					•		
neurologii			•		•	•	•
pediatrii						•	
perinatologii			•				
położnictwa i ginekologii			•				
psychiatrii					•		
rehabilitacji medycznej						•	•

Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie:							
anestezjologii i intensywnej terapii							•
chorób płuc							•
chorób wewnętrznych					•		
chorób zakaźnych					•		
geriatrii					•		
medycyny ogólnej					•		
neurologii					•	•	•
pediatrii						•	
psychiatrii					•		
rehabilitacji medycznej						•	•

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rozporządzeń MZ.

Wymagania formalne z zakresu kadry pielęgniarskiej, podobnie jak w przypadku lekarzy, określają jedynie minimalną liczbę etatów pielęgniarek. W ramach leczenia szpitalnego oraz opieki długoterminowej świadczeń mogą udzielać pielęgniarki:

- z ukończoną specjalizacją,
- w trakcie specjalizacji,
- po kursie kwalifikacyjnym,
- w trakcie kursu kwalifikacyjnego.

Tabela 5. Porównanie wymaganych specjalizacji pielęgniarek.

	Oddział chorób wewnętrznych	Oddział chirurgii ogólnej	Oddział położniczo-ginekologiczny	Oddział geriatryczny	Zakłady opiekuńcze dla dorosłych	Zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia	Zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie
Pielęgniarka z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa:							
anestezjologicznego i intensywnej opieki							•
chirurgicznego		•					
diabetologicznego	•						
geriatrycznego	•			•	•		•
ginekologicznego			•				
ginekologiczno-położniczego			•				
internistycznego	•			•			
kardiologicznego	•						
neurologicznego							
opieki długoterminowej	•			•	•	•	•
opieki paliatywnej				•	•	•	•
opieki przed- i okołoporodowej			•				
pediatrycznego						•	
przewlekle chorych i niepełnosprawnych				•	•	•	•
rodzinnego			•		•	•	•
środowiskowego					•	•	•
środowiskowo-rodzinnego					•	•	•
zachowawczego	•			•	•	•	•
Pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa:							
anestezjologicznego i intensywnej opieki							•
chirurgicznego		•					
geriatrycznego	•			•	•		•
ginekologiczno-położniczego			•				
internistycznego	•			•			
opieki długoterminowej	•			•	•	•	•
opieki paliatywnej				•	•	•	•
pediatrycznego						•	
przewlekle chorych i niepełnosprawnych					•	•	•
rodzinnego			•		•	•	•
środowiskowego					•	•	•
środowiskowo-rodzinnego					•	•	•
zachowawczego					•	•	•

Po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa:							
anestezjologicznego i intensywnej opieki							•
chirurgicznego		•					
geriatrycznego				•	•		•
internistycznego	•			•			
kardiologicznego	•						
opieki długoterminowej	•			•	•	•	•
opieki paliatywnej				•	•	•	•
pediatrycznego						•	
przewlekłe chorych i niepełnosprawnych				•	•	•	•
rodzinnego					•	•	•
środowiskowego					•	•	•
środowiskowo-rodzinnego					•	•	•
zachowawczego	•			•	•	•	•

W trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa:							
anestezjologicznego i intensywnej opieki							•
chirurgicznego		•					
diabetologicznego	•						
geriatrycznego				•	•		•
internistycznego	•			•			
kardiologicznego	•						
opieki długoterminowej	•			•	•	•	•
opieki paliatywnej				•	•	•	•
pediatrycznego						•	
przewlekłe chorych i niepełnosprawnych					•	•	•
rodzinnego					•	•	•
środowiskowego					•	•	•
środowiskowo-rodzinnego					•	•	•
zachowawczego					•	•	•

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rozporządzeń MZ.

Wymagania dotyczące organizacji udzielania świadczeń

Znaczące różnice widoczne są w warunkach organizacji udzielania świadczeń. Zapewnienie opieki medycznej pacjentom na oddziałach szpitalnych wymaga zaangażowania większej liczby lekarzy (całodobowa opieka we wszystkie dni tygodnia) niż udzielanie świadczeń opieki długoterminowej (badanie nie mniej niż 2 razy w tygodniu i wezwanie w razie potrzeby) tej samej liczbie pacjentów. W opiece długoterminowej i na oddziałach geriatrycznych wymagane jest zatrudnienie dodatkowego personelu niż tylko lekarze i pielęgniarki, czyli np. logopedy lub terapeuty zajęciowego.

Tabela 6. Porównanie wymogów zatrudnienia pozostałego personelu.

	Oddział chorób wewnętrznych	Oddział chirurgii ogólnej	Oddział położniczo-ginekologiczny	Oddział geriatryczny	Zakłady opiekuńcze dla dorosłych	Zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia	Zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie
fizjoterapeuta				1 etat	2 etaty na 35 łóżek		¼ etatu na łóżko
psycholog				½ etatu			
logopeda					nieokreślona liczba etatów		
terapeuta zajęciowy					1/2 etatu na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia		
terapeuta uzależnień							

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rozporządzeń MZ.

Dodatkowo dopuszcza się możliwość realizacji świadczeń przez opiekuna medycznego.

Wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt medyczny

Warunki udzielania świadczeń z zakresu opieki długoterminowej określają minimalne wymagania wyposażenia w sprzęt medyczny. Są one znacznie bardziej szczegółowe niż dla świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Tabela 7. Porównanie wymogów sprzętowych (uwzględnione sprzęty wymagane w stacjonarnej opiece długoterminowej).

	Chorób wewnętrznych	Zakłady opiekuńcze dla dorosłych	Zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia	Zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie
aparat EKG	•	•	•	•
pompy infuzyjne	•	•	•	•
elektryczne/ próżniowe urządzenie do ssania	•	•	•	•
łóżka szpitalne z barierkami lub sprzętem do rehabilitacji		•	•	•
sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn		•	•	•

sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy		•	•	•
wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego		•	•	•
wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej		•	•	•
koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu		•	•	•
inhalatory		•	•	•
glukometry		•	•	•
aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi		•	•	•
zestaw do reanimacji		•	•	•
kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy		•	•	•
stetoskopy		•	•	•
respirator				•
defibrylator				•
zestaw z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheostomii, gastrostomii		•		•
pulsoksymetr		•		•
samorozprężalny worek oddechowy z zastawką jednokierunkową i maską twarzą		•		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie rozporządzeń MZ.

Wymagania dotyczące warunków lokalowych

Dodatkowo warunki udzielania świadczeń w opiece długoterminowej określają warunki lokalowe pomieszczeń w strukturze zakładów, które nie zostały wymienione jak niezbędne dla realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Zakłady opiekuńcze

- gabinet rehabilitacyjny,
- gabinet do prowadzenia psychoterapii,
- gabinet terapii zajęciowej,
- sala dziennego pobytu.

Zakłady opiekuńcze dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

- sale 1-2 łóżkowe z bezpośrednim sąsiedztwem łazienki i dostępem do wyłącznika światła dla pacjenta,
- gabinet lekarski,
- gabinet zabiegowo-pielęgniarski,
- gabinet rehabilitacyjny,
- akumulatorowe źródło światła aktywowane w przypadku awarii prądu.

Podsumowanie

- 1) Potrzeby z zakresu opieki długoterminowej w Polsce zabezpieczane są w ramach **systemu ochrony zdrowia** (świadczenia medyczne) oraz **pomocy społecznej** (świadczenia socjalne). Ze względu na rozłączność zadaniową, w raporcie założono głównie analizę obszaru związanego z medyczno-opiekuńczym zabezpieczeniem potrzeb, jednak zaznaczono udział pacjentów objętych opieką socjalną.
- 2) W ramach publicznego systemu ochrony zdrowia świadczenia opieki długoterminowej udzielane są w dwóch trybach: **domowym i stacjonarnym**. Przeważająca grupa pacjentów korzysta z pierwszego z nich. Z kolei opieka geriatryczna jest świadczona w POZ, poradniach i na oddziałach geriatrycznych. Ze względu na zakres przedmiotowy raportu przyglądano się jedynie opiece stacjonarnej. W obu zakresach usługi medyczne dostarczane są przez **kilka grup specjalistów medycznych** (m.in. lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów). Najliczniejsza z nich to pielęgniarki, które w samej opiece długoterminowej stanowią 72% całego personelu.
- 3) **Podaż opieki długoterminowej wymaga wzmocnionych wielokierunkowych działań aby w pełni zabezpieczyć rosnące potrzeby oraz różnice terytorialne:**
 - praktycznie wszystkie powiaty w Polsce zostały zabezpieczone w **opiekę domową** (oprócz 3). 89 powiatów funkcjonowało bez zakładu **stacjonarnej opieki długoterminowej**;
 - między województwem o najwyższym wskaźniku **liczby pacjentów** w przeliczeniu na liczbę ludności (podkarpackie) a tym o najniższym (wielkopolskie) różnica jest ponad dwukrotna (odpowiednio 151 i 70, przy średniej krajowej 111).
- 4) Analizie poddano zapotrzebowanie na świadczenia i jego przewidywane kształtowanie się w przyszłości:
 - opieką długoterminową i geriatryczną w systemie ochrony zdrowia w dominującym stopniu **objęte są osoby w wieku 60 lat i więcej**. Charakterystyka pacjenta opieki długoterminowej, zarówno stacjonarnej, jak i domowej, oraz oddziałów geriatrycznych jest bardzo podobna. Głównym czynnikiem wpływającym na popyt będzie zatem sytuacja demograficzna;
 - **populacja Polski** starzeje się w dynamiczny sposób, a dodatkowo zmniejsza się liczba ludności. Procesy te dotyczą przede wszystkim miast oraz powiatów oddalonych od ośrodków miejskich;
 - **wskaźnik liczby lat przeżytych w zdrowiu** rośnie proporcjonalnie wolniej, mimo zwiększania się długości życia. W przypadku tej miary sytuacja jest również zróżnicowana terytorialnie. Mieszkańcy województw Polski zachodniej większą

część życia przeżywają w zdrowiu w porównaniu do województw leżących na wschodzie kraju;

- sytuacja demograficzna wpłynie nie tylko na liczbę pacjentów, ale także **potencjalnych opiekunów**, zarówno formalnych, jak i nieformalnych. Zasoby ludzkie mogące wspierać osoby starsze w codziennym funkcjonowaniu z biegiem lat ulegną również ograniczeniu;
 - wszystkie **miary i badania określające poziom niepełnosprawności i niesamodzielności** wskazują na podobne wnioski: z wiekiem zwiększa się poziom niesprawności, a w Polsce w ostatnich latach nastąpił wzrost liczby osób niesamodzielnych co związane jest z sytuacją demograficzną. Wskazują one także na gorszą sytuację w tym zakresie kobiet, osób gorzej wykształconych, mieszkańców wsi oraz wschodnich regionów Polski.
- 5) Wszystkie wymienione wyżej aspekty mogą wpływać na zwiększenie popytu, co przełoży się na **większe obciążenie zorganizowanych form opieki zdrowotnej i pomocy społecznej**. Będzie to wymagało niezbędnych dostosowań systemowych, zwłaszcza pod kątem grup i obszarów defaworyzowanych. Uwzględniając nierównomierność zmian demograficznych na poziomie powiatów w czasie, zmiany będzie można jednak wprowadzać stopniowo.
- 6) Procesy demograficzne następujące w Polsce, mające wpływ na opiekę długoterminową i geriatryczną, mają **podobny charakter do tych obserwowanych w innych krajach rozwiniętych** (UE, OECD). Część z nich postępuje z zauważalnie większym nasileniem, skutkując przekroczeniem średnich wartości w najbliższych latach. Można więc powiedzieć, że Polska dorównuje trendom demograficznym widocznym w innych krajach. Pozwala to na przesłedzenie działań w zakresie opieki zdrowotnej wdrożonych za granicą, ocenę ich skuteczności i zaproponowanie na tej podstawie rozwiązań w Polsce.
- 7) **Wyniki modelu popytowego wskazują, że 171,6 tys. osób w wieku 60 lat i więcej w 2019 r. wymagało opieki długoterminowej i geriatrycznej, z czego 65,2 tys. w trybie stacjonarnym. Przekłada się to na 47,9 tys. łóżek w opiece długoterminowej, uwzględniając obecny poziom rotacji pacjentów w wysokości 1,36. Biorąc pod uwagę bieżący poziom bazy łóżkowej (31 tys.) oraz założenie o możliwości przekształcenia połowy oszacowanego potencjału pozyskanego, w wyniku przekształceń łóżek w szpitalach powiatowych do zabezpieczenia pozostaje 8,5 tys. łóżek w opiece długoterminowej.** W celu zapewnienia optymalnego poziomu zabezpieczenia planowane są kompleksowe wielokierunkowe działania zmierzające do optymalizacji struktury potencjału, zarówno w zakresie wzmocnienia działań profilaktycznych, przekierowania opieki na niższe szczeble, jak również przesunięcia ciężaru opieki nad osobami starszymi na tryb domowy i zdeinstytucjonalizowany. Jednak dla osób starszych ze znacznym stopniem

niesprawności najwłaściwszym rodzajem opieki długoterminowej jest opieka w formie stacjonarnej.

- 8) **Przy szacowaniu potrzebnych miejsc i możliwych przekształceń konieczne jest uwzględnienie działań wdrażanych obecnie i tych zaplanowanych na kolejne lata.** Szereg z nich, wykazanych w dokumentach strategicznych na różnym poziomie, adresuje problemy mające wpływ na popyt na świadczenia w opiece długoterminowej i geriatrycznej. Są to przede wszystkim działania profilaktyczne podnoszące poziom zdrowia, przenoszenie usług na niższe poziomy opieki, deinstytucjonalizacja, czy efektywniejsze gospodarowanie dostępnymi zasobami. Rozwija się także część społeczna opieki długoterminowej.
- 9) Analizując możliwości przekształcenia przyjrano się dwóm aspektom: nieoptymalnemu wykorzystaniu potencjału w szpitalach, czyli obłożeniom łóżek na poziomie poniżej 85%, oraz potencjalnie nieefektywnie wykorzystanemu potencjałowi, czyli hospitalizacjom długim i diagnostycznym. Na tej podstawie określono maksymalny poziom **możliwych przekształceń łóżek w szpitalach powiatowych w miejsca opieki długoterminowej lub geriatrycznej na 16 712 łóżek** (26,93% wszystkich łóżek w szpitalach powiatowych). Praktycznie wszystkie zidentyfikowano w ramach niewykorzystanego potencjału (89%).
- 10) **Potencjał do przekształceń pozwoli więc na zaspokojenie większości obecnych potrzeb.** Pozostała część potrzeb zostanie zabezpieczona poprzez inne formy opieki długoterminowej w szczególności domowej i zdeinstytucjonalizowanej.
- 11) **Obecne rozmieszczenie szpitali powiatowych wskazuje na ich dużą dostępność.** Mediana odległości wyniosła 12,6 km, a jedynie 9 powiatów miało szpital oddalony o więcej niż 35 km. Odległość nie jest jedynym miernikiem wskazującym na dostępność, **ważny jest także czas dojazdu.** Mediana tego wskaźnika wyniosła 23 min. **Wskazuje to na możliwość wykorzystania obecnie istniejącej infrastruktury do prowadzenia przekształceń.** Rozwiązanie to pozwoli także na lepszą koordynację opieki i komunikację w tym zakresie, ułatwiając decyzję o zakończeniu opieki szpitalnej i rozpoczęciu opieki długoterminowej, będącej w jednym budynku lub pod jednym zarządem.
- 12) Szpitale powiatowe charakteryzują się nie tylko dobrą dostępnością geograficzną, ale także **szeroką ofertą podstawowych oddziałów:** 80% miało oddział chorób wewnętrznych, 74% chirurgiczny ogólny, 68% ginekologiczno-położniczy, a 58% oddział anestezjologii i intensywnej terapii. W przypadku części z nich występowały wysokie odsetki pacjentów w wieku 60 lat i więcej: na oddziale okulistycznym było to 89,45%, na udarowym 83,87%, chirurgii naczyniowej 83,86%, kardiologicznym 80,17% a na chorób wewnętrznych 78,02%. **Potwierdza to tym samym potencjał przekształceń części miejsc w opiekę długoterminową lub geriatryczną.**

- 13) Przy badaniu możliwości dokonywania przekształceń bardzo ważnym aspektem jest porównanie w zakresie formalnych wymagań dotyczących personelu, organizacji udzielania świadczeń, sprzętu medycznego i warunków lokalowych. Wyniki porównań wskazują na **możliwości objęcia opieką medyczną szerszej liczby pacjentów w opiece długoterminowej niż w ramach leczenia szpitalnego, przy wykorzystaniu takiej samej liczby lekarzy**. Wymagania w tym zakresie są niższe, przy jednoczesnym szerszym spektrum możliwej specjalizacji. W przypadku np. chorób wewnętrznych istnieje możliwość przeniesienia lekarza o takiej specjalizacji z oddziału do opieki długoterminowej. W takim przypadku nie będzie konieczności świadczenia przez niego opieki całodobowo, we wszystkie dni tygodnia co przełoży się na bardziej efektywne wykorzystanie potencjału kadry lekarskiej przy zachowaniu jednoczesnego wymogu przeprowadzenia badania nie mniej niż 2 razy w tygodniu oraz pozostawania do dyspozycji na wezwanie w razie potrzeby. Kwestia posiadania specjalizacji i etapu kształcenia pozostanie taka sama.
- 14) Porównanie wymogów formalnych wskazuje **na największe różnice w wymaganiach lokalowych i sprzętowych**. Do realizacji świadczeń opieki długoterminowej wymagania określone są w sposób bardziej szczegółowy. Obejmują one aspekty związane z warunkami pracy personelu medycznego (np. sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy) oraz podnoszący jakość opieki dla pacjenta (np. konieczność zapewnienia gabinetu rehabilitacyjnego czy sali dziennego pobytu).
- 15) Analiza porównawcza wymogów formalnych potwierdziła więc możliwość dokonywania przekształceń, w tym zwłaszcza w opiekę długoterminową. Możliwa jest też, w pewnym stopniu, **racjonalizacja wykorzystania obecnych zasobów**.
- 16) Przekształcenia istniejących już zasobów powinny odbywać się głównie **w kierunku różnych obszarów opieki długoterminowej, uwzględniającej także zadania opieki geriatrycznej**, ponieważ:
- deficyt specjalistów geriatrici utrudni otwarcie nowych oddziałów (na oddziale geriatrycznym wymagane jest zapewnienie specjalisty w tym zakresie całodobowo, siedem dni w tygodniu). W pierwszej kolejności, zgodnie z analizą podaży i wnioskami z niej, konieczne jest dopasowanie terytorialne obecnego potencjału, który w części pozostaje niewykorzystany;
 - opieka długoterminowa jest także bardziej komfortowa dla pacjenta ze względu na szerszy zakres usług i większe możliwości w zakresie opieki domowej i dziennej również z perspektywy pacjenta geriatrycznego;
 - opieka długoterminowa oprócz efektywności opieki nad pacjentem jest również bardziej efektywna kosztowo. Zabezpieczenie opiera się na mniejszej liczbie kadry, w bardziej efektywnej strukturze czasu pracy.

17) Proces przekształceń miejsc w szpitalach powiatowych będzie procesem kosztochłonnym w szczególności ze względu na fakt, iż powinien nastąpić w oparciu o:

- zapewnienie konsultacji geriatrycznych na oddziałach szpitalnych na rzecz osób starszych,
- wsparcie wyposażenia sprzętowego wspomagającego czynności opiekuńcze, zgodnie z wymaganiami na oddziale i innymi powszechnie przyjętymi standardami,
- remonty z dostosowaniem do standardów,
- szkolenia kadr, nakierowane na przekwalifikowania,
- przenoszenie świadczeń diagnostycznych na niższe poziomy opieki,
- dostosowanie poziomu finansowania istniejącego potencjału łóżkowego w ramach opieki długoterminowej poprzez dopasowanie wartości kontraktów do liczby łóżek w dyspozycji świadczeniodawcy,
- zmianę zakresu kontraktowania z obecnych zakresów (np. choroby wewnętrzne) na opiekę długoterminową.