

Rozdział IV.2

Zmiany w zakresie szczegółowych kategorii dostępności świadczeń w latach 1990–2000

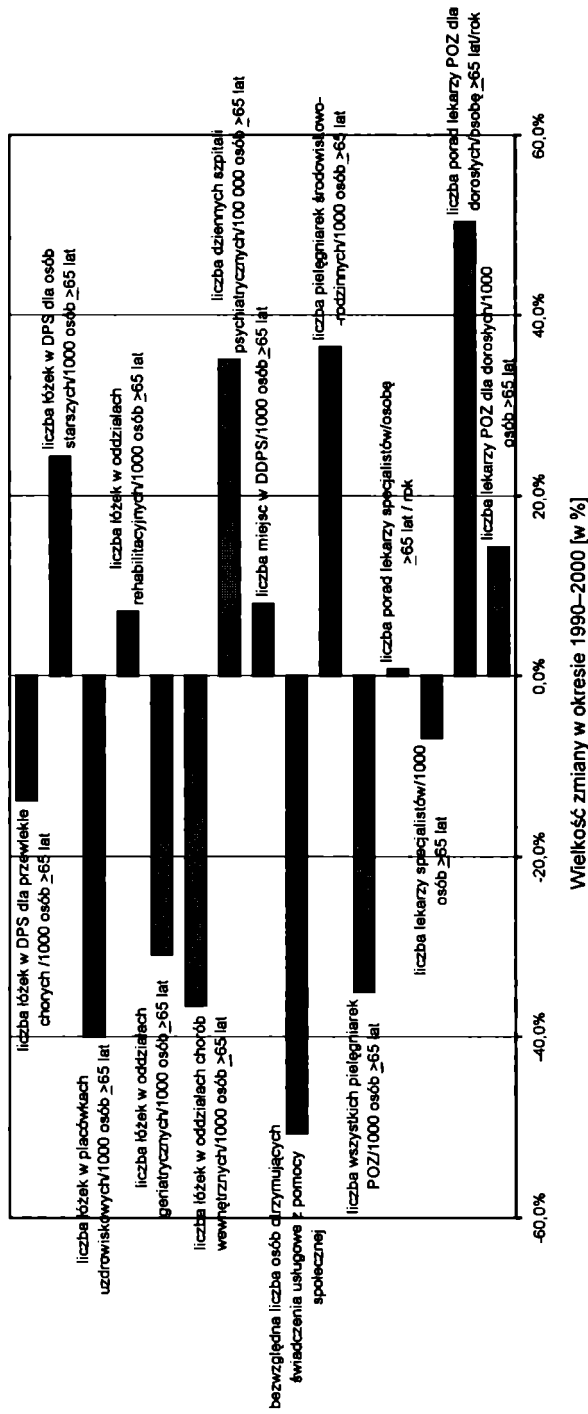
IV.2.1. Osiągalność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych

W wyniku analiz dokumentów (badań, raportów, sprawozdań i zestawień statystycznych) i badań przeprowadzonych w trakcie projektu CLESA ustalono, że u osób starszych zwiększyła się osiągalność podstawowej opieki zdrowotnej prowadzonej przez lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarki środowiskowo-rodzinne oraz opieki długoterminowej realizowanej zarówno w ramach opieki zdrowotnej (ZOL, ZPO, hospicja), jak i w placówkach prowadzonych przez pomoc społeczną (DPS). Jednocześnie pojawiło się wiele nowych barier utrudniających dostęp do świadczeń specjalistycznych, rehabilitacji i leczenia uzdrowiskowego. Geriatria jako specjalizacja medyczna rozwija się w Polsce nadal bardzo słabo mimo rosnących potrzeb i udowodnionej roli geriatrów w racjonalizacji działań medycznych w stosunku do osób starszych. Na rycinie IV.2.1 zbiorczo przedstawiono najważniejsze zmiany w zakresie osiągalności świadczeń dla osób starszych. Szczegółowe omówienie i podsumowanie zmian znajduje się w dalszej części rozdziału.

IV.2.2. Dostępność przestrzenna

Jednym z czynników decydujących o dostępności świadczeń jest ich rozmieszczenie w terenie. W badaniu CLESA wykazano, że nierównomierność starzenia się polskiego społeczeństwa w wielu województwach nie ma przełożenia na wielkość zasobów odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Dostępność przestrzenna większości analizowanych świadczeń różni się znacznie zależnie od województwa i zwykle jest lepsza w miastach niż na wsiach [Tymowska, 2003a]. Dotyczy to zwłaszcza opieki specjalistycznej, geriatrycznej, zabiegów rehabilitacyjnych i opieki stacjonarnej realizowanej w ramach opieki długoterminowej i domów pomocy społecznej.

Wyrównywanie różnic w dostępie do usług medycznych i pomocy społecznej powinno odbywać się w drodze planowania rozwoju określonych świadczeń z uwzględnieniem prognozy starzenia się populacji w poszczególnych regionach kraju oraz innych czynników: demograficznych (jak poziom dochodów i wykształcenia) i zdrowotnych.



Rycina IV.2.1. Zmiany [w %] w zakresie osiągalności świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w latach 1990–2000

IV.2.3. Zmiany w stopniu poinformowania osób starszych o istnieniu i sposobach ubiegania się o świadczenia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej

W opinii ekspertów świadomość osób starszych odnośnie do istnienia niektórych świadczeń i zasad ubiegania się o nie jest wysoka. Takie stwierdzenie dotyczyło jednak tylko tych usług, które od dawna są obecne na rynku (tj. leczenia specjalistycznego, szpitalnego w ostrych oddziałach internistycznych i domów pomocy społecznej). W wyniku wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i idących za tym zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej wiedza ludzi starszych na temat zasad funkcjonowania lekarzy rodzinnych, pielęgniarek środowiskowych i leczenia uzdrowiskowego zmniejszyła się. Podobnie uważa się, że osoby te są obecnie mniej zorientowane w zakresie usług opiekuńczych udzielanych w domu pacjenta. W ciągu omawianej dekady poprawił się poziom poinformowania osób starszych na temat nowych form opieki długoterminowej (ZOL, ZPO, hospicjum) i znaczenia szczepień (przeciw WZW typu B i grypie), chociaż nadal jest on niski. Z kolei wiedza na temat zasad ubiegania się o poradę lekarza geriatry, przyjęcia do oddziału geriatrycznego lub do DDPS oraz świadczeń z zakresu promocji zdrowia pozostaje znikoma (patrz załączniki 4 i 5 oraz tabela IV.2.1).

IV.2.4. Udział osób starszych w kosztach świadczeń

Analizując zmiany w zasadach przyznawania świadczeń, należy stwierdzić, że większość świadczeń medycznych refundowanych przez NFZ jest nadal bezpłatna. Wyjątkiem są szczepienia i zabiegi diagnostyczne z zakresu promocji zdrowia, które poza kampaniami promocji zdrowia często są całkowicie lub częściowo odpłatne. Nowe zasady przyznawania leczenia uzdrowiskowego wprowadziły konieczność częściowej odpłatności za pobyt w uzdrowiskach. Z kolei odpłatność za wszelkie świadczenia w pomocy społecznej zawsze uwarunkowana jest zbadaniem sytuacji materialnej ubiegającego się. Zarówno usługi opiekuńcze, jak i uczęszczanie do DDPS wymagają opłat. Pobyt w domu pomocy społecznej lub ZOL/ZPO łączy się z częściową odpłatnością. Podsumowując, należy stwierdzić, że zmiany zasad przyznawania świadczeń spowodowały pogorszenie do nich dostępu z powodu konieczności ponoszenia wyższych niż poprzednio kosztów w przypadku rehabilitacji uzdrowiskowej, szczepień, usług opiekuńczych (dawniej bezpłatnych) i pobytu w DPS (gdzie stopniowo obserwowany jest wzrost udziału osób starszych lub ich rodzin w kosztach pobytu i leków) (patrz załączniki 4 i 5 oraz tabela IV.2.1).

Elementy dostępności świadczeń	Podstawowa opieka zdrowotna/opieka środowiskowa								Opieka specjalistyczna			Ostra opieka szpitalna		Opieka poszpitalna – opieka długoterminowa	
	Lekarz rodzinny	Wizyty pielęgniarki środowiskowej	Usługi opiekuńcze	DPPS	Szczepienia	Promocja zdrowia	Poradnia specjalistyczna	Poradnia geriatryczna	Oddział chorób wewnętrznych	Oddział geriatryczny	Oddział rehabilitacji	ZOL, ZPO, hospicjum	DPS		
Zasady re-gramentacji świadczeń	nie	kliniczne	kliniczne + społeczne + finansowo/administracyjne	społeczne + finansowo/administracyjne	nie	nie	Kliniczne + finansowo/administracyjne	kliniczne	kliniczne	kliniczne	kliniczne + finansowo/administracyjne	kliniczne + finansowo/administracyjne	kliniczne + społeczne + finansowo/administracyjne		
Czas ocze-kiwania na świadczenie	nie	nie	nie	krótki	nie	nie	bardzo długi	krótki	bardzo krótki	krótki	bardzo długi	długi	długi		

[] – dostępność poprawiła się
[] – dostępność pogorszyła się
 – dostępność bez zmian

Konsekwencją utrudnionego dostępu pacjentów/klientów do określonych świadczeń jest zaniechanie starania się o uzyskanie świadczeń, np. zabiegów rehabilitacyjnych, niewykupywanie świadczeń, np. leków lub usług (m.in. opiekunek w ramach pomocy społecznej) oraz zjawisko ponoszenia opłat nieformalnych. Wszystkie te problemy nadal dotyczą znacznej liczby osób starszych. Niektóre posunięcia, takie jak: likwidacja prawa do leków bezpłatnych dla emerytów i rencistów, wprowadzenie odpłatności za pobyt w ZOL, za pobyt i leki nierecepturowe w DPS, za pobyt w uzdrowisku, wzrost cen leków i niektórych wyrobów medycznych, spowodowały ograniczenie dostępu do tych świadczeń. Nadal około 30% ludzi starszych rezygnuje z zakupu leków i leczenia u dentysty, chociaż liczba tych osób nieco zmalała po roku 2000 [tamże, s. 89–92].

IV.2.5. Zmiany w zakresie reglamentacji świadczeń

Zasadniczo dostęp do usług medycznych refundowanych przez NFZ jest uwarunkowany wystąpieniem wskazań klinicznych, natomiast świadczenia pomocy społecznej są przyznawane na podstawie kryteriów finansowego i społecznego (dochodowego i sytuacyjnego) oraz klinicznego w przypadku usług opiekuńczych. Jedynie opieka lekarza rodzinnego, niektóre szczepienia i działania z zakresu promocji zdrowia nie podlegają reglamentacji (tzn. nie wymagają skierowań lub wniosków). Dostęp do pozostałych świadczeń został obwarowany koniecznością przejścia procedury kwalifikującej. Porównując sytuację w roku 1990 i 2000, należy stwierdzić, że pod tym względem poprawił się dostęp osób starszych do opieki środowiskowej realizowanej przez pielęgniarki, który nie wymaga obecnie skierowania od lekarza ani udokumentowania trudnej sytuacji rodzinnej – wystarczy zgłoszenie zaistnienia określonego stanu klinicznego, który uzasadnia interwencję. Z drugiej strony, wprowadzenie barier administracyjnych w postaci limitów świadczeń spowodowało (odnotowane w wielu badaniach) znaczne ograniczenie dostępu do porad i badań specjalistycznych i zabiegów rehabilitacyjnych. Ponadto w ostatnich latach w procedurze kwalifikowania osób starszych do domów pomocy społecznej (zwłaszcza dla przewlekle chorych) większe znaczenie przywiązuje się do wskazań klinicznych, m.in. dotyczących stopnia niepełnosprawności (patrz załączniki 4 i 5 oraz tabela IV.2.1).

IV.2.6. Zmiany długości oczekiwania na świadczenie

Analizując zmiany w zakresie czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia należy stwierdzić, że generalnie usługi realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i środowiskowych świadczeń pomocy społecznej są podejmowane w dniu zgłoszenia lub w ustalonym krótkim terminie. Pacjenci z zasady oczekują na planowe przyjęcie do szpitala, jednak w przypadku oddziałów cho-

rób wewnętrznych zwykle jest ono natychmiastowe lub po wyznaczeniu bardzo krótkiego terminu. W opinii wojewódzkiego konsultanta geriatry, czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów lub poradni geriatrycznych jest niezmiennie od lat krótki, co – paradoksalnie – jest wynikiem małego zainteresowania leczeniem w takich oddziałach. Natomiast w ciągu omawianych 10 lat zdecydowanemu pogorszeniu uległ dostęp do porad specjalistycznych i zabiegów rehabilitacji, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i uzdrowiskowych, z powodu znacznego wydłużenia okresu oczekiwania na te świadczenia. Mimo stałego zwiększania się liczby miejsc w domach pomocy społecznej oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych czas oczekiwania na przyjęcie jest nadal bardzo długi i nie uległ skróceniu w omawianym okresie. Jest to wynikiem stale rosnących potrzeb w zakresie opieki długoterminowej (załączniki 4 i 5 oraz tabela IV.2.1).

