



## Nierówności w zdrowiu i dostępie do usług medycznych osób starszych w Polsce

Z mgr. Adrianem Lange – prawnikiem zarządzającym projektem *PolSenior2*, głównym specjalistą ds. badań naukowych Zakładu Prewencji i Dydaktyki, rozmawia redaktorka naczelna „Gazety GUMed” **Małgorzata Omilian-Mucharska.**

**Rozmawiamy w związku z prowadzoną obecnie w Uczelni kampanią antydyskryminacyjną *Różni i Równi*. Projekt *PolSenior* od wielu lat zajmuje się sytuacją zdrowotną ludzi starszych w Polsce, stąd moje pierwsze pytanie: czy seniorzy są w naszym kraju równo traktowani w obszarze zdrowia?**



Mgr Adrian Lange

Dziękuję za zaproszenie do rozmowy na ten temat – kampanie dotyczące występujących w społeczeństwie nierówności są ważne i potrzebne. Nierówności w tym zakresie możemy podzielić na różnice w dostępie do usług i różnice w samym stanie zdrowia seniorów. Oba rodzaje nierówności to problem nie tylko naszego kraju, ale też wielu społeczeństw o różnym stopniu rozwoju. Istotną kwestią jest zlokalizowanie i zdefiniowanie czynników, które je powodują, dzięki czemu będzie ich można uniknąć w przyszłości.

### Na jakim tle występują te nierówności?

Nierówności występują na różnych poziomach i w wielu obszarach. Niektóre z różnic dotyczą cech indywidualnych, wrodzonych, które trudno jest zniwelować systemowo. W monografii *PolSenior2* autorzy wskazali na szereg różnic, m.in. ze względu na wiek, płeć i miejsce zamieszkania, w odniesieniu do aspektów zdrowotnych i konkretnych jednostek chorobowych. Teorii powstawania nierówności, a w zasadzie związków przyczynowo-skutkowych, w stanie zdrowia jest bardzo wiele. Różnią się one pod względem poziomu ogólności, niekiedy są też kompilacją czynników o różnej wadze, np. pozycji społecznej, dostępu do zasobów, zachowań społecznych czy ekspozycji na dane środowisko.

W naszym badaniu wskazaliśmy na występowanie różnic w stanie zdrowia ze względu na status społeczno-ekonomiczny (SES). Niski SES jest bardzo silną determinantą występowania zaburzeń poznawczych, objawów depresji, niesprawności

i złego stanu zdrowia. Uzyskane wyniki potwierdziły istotne znaczenie zarówno poziomu wykształcenia, jak i sytuacji finansowej gospodarstwa domowego dla występowania nierówności w zdrowiu w populacji starszych kobiet i mężczyzn. Zaobserwowano, że w grupach o tym samym poziomie wykształcenia stan zdrowia pogarszał się wraz z sytuacją ekonomiczną, natomiast w grupach o podobnej sytuacji ekonomicznej gorszy stan zdrowia prezentowali seniorzy z niższym poziomem wykształcenia. Największe różnice dotyczyły seniorów z najniższym SES w odniesieniu do pozostałych grup, co zwraca uwagę na potrzebę bardziej wnikliwego przyjrzenia się tej grupie, jej monitorowania i opieki nad nią. Paradoksalnie, abstrahując od skali i przyjmując

mniej powszechną teorię, to zły stan zdrowia, szczególnie na wczesnym etapie życia może być przyczyną niskiego statusu społeczno-ekonomicznego w kolejnych latach.

### Jak wygląda dostępność usług medycznych dla seniorów?

W badaniu wskazano na trudności w dostępie do niektórych usług specjalistycznych, np. rehabilitacji leczniczej. Niemniej jednak zdecydowana większość seniorów jest raczej zadowolona z opieki medycznej. Gorsza dostępność do usług medycznych dotyczy szczególnie najstarszej grupy wiekowej i osób mieszkających na terenach wiejskich, co może wynikać np. z trudności komunikacyjnych. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy może być także słaby dostęp do internetu i nieumiejętność korzystania z sieci.

Wyniki badania *PolSenior2* wskazują, że ok. 57% populacji polskich seniorów jest dotknięta wykluczeniem cyfrowym, utożsamianym z nieużywaniem internetu, a 65% nie korzysta z internetu w sprawach związanych ze zdrowiem. Wydaje się, że część seniorów, szczególnie najstarszych, nie była przygotowana na naturalny dla młodszego pokolenia postęp w dziedzinie cyfryzacji i telemedycyny, co powoduje duże nierówności prowadzące do wykluczenia w zakresie dostępu do usług zdrowotnych. Planujemy dalsze pogłębione analizy biorące pod uwagę szereg innych czynników społecznych mogących mieć wpływ na równość w dostępie do usług, jak i występowanie dysproporcji w stanie zdrowia osób starszych.



Statystyki GUS pokazują, jak zmienia się struktura wiekowa ludności w Polsce. Mamy ujemny przyrost naturalny, a liczba osób w wieku 60+ od kilkunastu lat systematycznie wzrasta. Do tego obserwujemy „podwójne starzenie się ludności”, co oznacza, że odsetek osób w wieku 80+ rośnie szybciej niż odsetek ogółu osób starszych w społeczeństwie. Czy tej rosnącej grupie seniorów zapewniamy opiekę na odpowiednim poziomie?

Dostępność i poziom satysfakcji seniorów z usług medycznych z pewnością może ulec poprawie. Wyniki uzyskane w badaniu *PolSenior2* wskazują, że odsetek osób, które wyrażają pogląd, że z uwagi na stan zdrowia potrzebują pomocy innych osób, waha się od niemal 4% w grupie wieku 60-64 lata do ponad 50% w grupie 80-latków. Potrzeby są, jednak wciąż jest za mało lekarzy ze specjalizacją z geriatry, a także oddziałów geriatrycznych czy rehabilitacyjnych. Eksperti wskazują również na potrzebę zintegrowanego systemu opieki nad osobami starszymi i współdziałanie opieki medycznej i społecznej.

**Jakie rozwiązania systemowe powinny zostać wdrożone i które specjalizacje medyczne powinny być dostępne dla seniorów w większym stopniu? A poza tym – jak wyeliminować różnice w dostępie do ochrony zdrowia pomiędzy miastem a wsią?**

Jak wspomniałem, potrzebni są geriatryzy i lekarze rehabilitacji. Samo wpisanie specjalizacji na listę priorytetowych wydaje się niewystarczające. Istnieje potrzeba uatrakcyjnienia wybranej ścieżki kariery. Nasze badania pokazały, że istnieją duże potrzeby opieki nad osobami starszymi w takich dziedzinach jak otolaryngologia, okulistyka, kardiologia, psychiatria i neurologia, a także pielęgnarska opieka domowa.

Różnice w stanie zdrowia osób starszych żyjących w mieście i na wsi wynikają przede wszystkim z większej liczby seniorów o niższym SES zamieszkałych na wsi. Dystans rozwoju pomiędzy miastem a wsią systematycznie spada, natomiast aby przyspieszyć eliminację różnic, należy skupić się przede wszystkim na grupach o niskim SES.

**W naszym kraju długość życia kobiet to 79,8 lat, a mężczyzn 71,8. Od zakończenia aktywności zawodowej (odpowiednio 60. i 65. rok życia) mężczyznom pozostaje zatem niespełna 7 lat życia, a kobietom 20 lat. To też jest widoczna dysproporcja. Co Pan myśli o zrównaniu wieku emerytalnego? To by było równościowe rozwiązanie, tylko czy powinniśmy równać w górę, czy w dół?**

Granica wieku, od jakiej powinna zaczynać się emerytura, z pewnością była, jest i będzie przedmiotem wielu dyskusji. Przyzwyczailiśmy się do tego, iż co parę lat temat jest wykorzystywany jako instrument polityczny przed kolejnymi wyborami. Z pewnością przyjęcie sztywnych reguł dla całej populacji niesie za sobą występowanie szeregu nierówności i niesprawiedliwości. Specyfikacja pracy i liczba zawodów



fot. pexels

uległa znacznemu zróżnicowaniu w stosunku do stanu sprzed kilkunastu czy kilkudziesięciu lat. Na wiek emerytalny powinno się spojrzeć zdecydowanie bardziej nowocześnie i podjąć dialog dotyczący dostosowania go do potrzeb i woli jednostki, charakteru pracy i stanu zdrowia, tak aby nie stanowił on przymusu, lecz możliwość. Ważne jest przy tym zapewnienie godnych warunków osobom, które z prawa przejścia na emeryturę chcą skorzystać, ponieważ mają taką wolę lub wskazują na to ich stan zdrowia.

**Jaki urząd zajmuje się prawami osób starszych? Jak państwo dba o prawa seniorów, walczy ze stereotypami, rozpoznaje i piętnuje przypadki dyskryminacji osób starszych?**

Jest to jedno z zadań Rzecznika Praw Obywatelskich. Osoby starsze, których prawa nie są przestrzegane lub które są dyskryminowane, mogą zwrócić się do rzecznika o pomoc. W Polsce głównym dokumentem chroniącym prawa człowieka, w tym osób starszych, jest Konstytucja. Władze publiczne mają szczególny obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej dzieciom i osobom starszym. Z uwagi na starzenie się społeczeństw polityka senioralna w Unii Europejskiej zyskuje coraz bardziej na znaczeniu. Z pewnością także w Polsce możemy się spodziewać bardziej wyodrębnionego prawnego systemu działań na rzecz osób starszych. Kto wie, może powstanie funkcja Rzecznika Praw Osób Starszych?

**W naszym kampanijnym haśle jest słowo „równi”, ale czy nie należałoby przy okazji przypomnieć, że wiek senioralny wiąże się także z przywilejami? Jakiego rodzaju są to korzyści?**

Chyba nie tylko mi na myśl przychodzą zniżki na przejazdy, a dla grupy 70+ bezpłatna komunikacja miejska. Seniorzy korzystają także ze zniżek oferowanych przez publiczne i prywatne instytucje kulturalne i sportowe. Warto też wspomnieć, że seniorzy są zwolnieni z abonamentu radiowo-telewizyjnego, co wydaje się być bardzo słusznym rozwiązaniem. Za największy sukces wśród działań adresowanych do seniorów w obszarze polityki zdrowotnej należy uznać realizowany od 2015 r. program Lek 75+. Darmowy dostęp do lekarstw znacząco wpływa na poprawę zdrowia. Miejmy nadzieję, że w obliczu zwiększania się liczby osób starszych program będzie kontynuowany. ■