

Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi

Justyna Kujawska*

Streszczenie: *Cel* – Próba oceny zarządzania finansami w opiece długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce. Ocena ta dotyczy sposobu organizacji i finansowania medycznej opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Metodologia badania – Analiza struktury i dynamiki wydatków na opiekę długoterminową oraz rozmieszczenia i wykorzystania zasobów ochrony zdrowia w opiece nad osobami starszymi.

Wynik – Rozmieszczenie zasobów ochrony zdrowia jest dość przypadkowe, widoczne jest zwiększanie wydatków na opiekę nad osobami starszymi, lecz jest ono nadal jednym z najniższych wśród państw UE. Brak integracji opieki społecznej i zdrowotnej. Brak rozwiązań prawnych w kwestii opiekunów nieformalnych.

Oryginalność/wartość – Powstało wiele opracowań dotyczących starzenia się populacji w Polsce, ale niewiele ujmuje aspekty finansowe opieki zdrowotnej nad osobami w podeszłym wieku. Materiały źródłowe dotyczące finansowania opieki nad osobami w podeszłym wieku są niepełne.

Słowa kluczowe: osoby starsze, opieka zdrowotna, opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, finansowanie

Wprowadzenie

W ostatnim dziesięcioleciu powstało bardzo wiele publikacji dotyczących starzejącego się społeczeństwa w Polsce. Proces starzenia się populacji w przeciwieństwie do państw Europy Zachodniej przebiega u nas bardzo gwałtownie. Brakuje instytucjonalnych rozwiązań, które pomogłyby osobom starszym w codziennej egzystencji. Opieka nad niepełnosprawnymi osobami w podeszłym wieku wchodzi w zakres działania opieki długoterminowej. Według definicji OECD – opieka długoterminowa sprawowana jest nad osobami wymagającymi ciągłej opieki osób trzecich z powodu przewlekłych schorzeń oraz zmniejszonego stopnia samodzielności i co za tym idzie, mniejszej możliwości samoobsługi (Colombo i in. 2011: 11). Natomiast według WHO – opieka długoterminowa to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub formalnych (medycznych, społecznych) mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, utrzymania najwyższej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego

* dr Justyna Kujawska, Politechnika Gdańska, Wydział Zarządzania i Ekonomii, ul. Narutowicza 11/12, 80-233 Gdańsk, e-mail: justyna.kujawska@zie.pg.gda.pl.

możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej (Fathej 2002: 36). Dziedzina medycyny związana z leczeniem pacjentów w podeszłym wieku to geriatria. Nie wszyscy seniorzy muszą być leczeni przez geriatrów, lecz tylko ci, u których występują choroby przewlekłe, wielochorobowość lub niesprawność czynnościowa. Za próg starości przyjmuje się obecnie 65. rok życia, raczej z przyczyn społecznych niż medycznych. Problemy związane ze starzeniem się u osoby zdrowej pojawiają się dopiero około 75.–80. roku życia i najczęściej związane są z niepełnosprawnością ruchową. Organizacyjnie opieka nad osobami starszymi sprawowana jest w ramach działań opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, stąd też finansowana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) lub jednostki samorządu terytorialnego (jst).

Celem tego opracowania jest próba oceny organizacji i finansowania medycznej opieki nad osobami starszymi, bez wchodzenia w szeroki kontekst usług opieki społecznej oraz świadczeń emerytalnych.

W Polsce na usługi pielęgnacyjne w opiece długoterminowej wydano w 2012 roku średnio 100,31 \$ PPP na osobę, co stanowiło 6,5% całkowitych wydatków na zdrowie i 0,44% PKB, przy czym wydatki publiczne wyniosły 92% ogółu wydatków (OECD 2015).

1. Modele opieki nad osobami starszymi w Europie

Opieka nad osobami starszymi w każdym kraju jest inaczej zorganizowana i finansowana. Zróznicowanie to wynika z tradycji, kultury, potrzeb i dostępnych środków finansowych. Pierwszą trudnością w porównywaniu opieki długoterminowej między krajami jest brak jej definicji. Opiekę wykonują różne instytucje: publiczne, prywatne, komercyjne, non-profit, i przybiera ona postać opieki formalnej – instytucjonalnej lub nieformalnej – sprawowanej przez dzieci, rodzinę, sąsiadów, imigrantów (Allen i in. 2011; Colombo i in. 2011: 13–36; Pavolini, Ranci 2008, WHO 2003: 3–19). Skuteczne zarządzanie gwarantuje współdziałanie sektora rządowego i pozarządowego (Wittenberg i in. 2002: 227). Istnieją też różne sposoby jej finansowania: z podatków, obowiązkowych ubezpieczeń społecznych/zdrowotnych/pięlnacyjnych, dobrowolnych ubezpieczeń prywatnych, aż po płatności bezpośrednie osób korzystających lub systemy mieszane włącznie (Colombo i in. 2011: 213–245; Campbell 2010; Gleckman 2010: 1–23; Da Roid i in. 2007; Pommer i in. 2007). Ponadto w krajach europejskich istnieje różna natężenie więzi między pokoleniami w rodzinie. W krajach Europy Północnej istnieje przekonanie, że opiekę nad osobami starszymi powinno zapewnić państwo, gdy tymczasem w krajach Europy Południowej i Wschodniej – rodzina (Bettio, Plantenga 2004; Leichsenring i in. 2013). W związku z rosnącym popytem na usługi opieki długoterminowej, ważne jest także mierzenie jakości i efektywności tej opieki (Glending i in. 2004: 15–17; OECD/European Commission 2013:37–92).

Kraje rozwinięte, w których od lat 70. XX wieku występuje problem starzenia się społeczeństwa, posiadają zinstytucjonalizowane modele opieki nad osobami w podeszłym wieku. Inaczej jest w krajach Europy Wschodniej, gdzie zintegrowana opieka jest dopiero



na etapie tworzenia. Nie istnieją na świecie wyraźnie wyodrębnione modele opieki nad osobami starszymi. Podejmowano wiele prób jej opisanie. W 2010 roku realizowany był projekt „Assessing Needs of Care in European Nations” (ANCIEN), którego celem było usystematyzowanie wiedzy o modelach świadczenia opieki długoterminowej w krajach UE. Do wyznaczenia wspólnych cech systemów opieki długoterminowej w badanych krajach posłużyło 8 zmiennych – sześć jakościowych, których celem było pokazanie organizacji opieki i dwie ilościowe – przedstawiające wielkość finansowania. Zmienne jakościowe to: dostęp do świadczeń (dwie zmienne), możliwość otrzymania świadczeń pieniężnych, wybór świadczeniodawcy, formalne systemy zapewnienia jakości oraz stopień koordynacji różnych form opieki. Dostępność oznacza określenie kryteriów dochodowych skorzystania z opieki społecznej oraz, po spełnieniu określonych wymogów (np. liczba punktów w skali Barthel), prawo do opieki finansowanej ze środków publicznych. Systemy zapewnienia jakości dotyczą wymogów, jakie muszą spełniać pracownicy medyczni i społeczni, oraz jakie musi być minimalne wyposażenie placówek lub osób, które będą udzielać wsparcia osobom niedołącznym. Dwie zmienne finansowe to: wydatki publiczne na opiekę długoterminową jako procent PKB oraz ponoszenie kosztów przez osoby starsze lub gospodarstwa domowe. Ta ostatnia zmienna dotyczy często sytuacji, gdy osoba starsza przebywa w ośrodku pomocy społecznej lub zakładzie pielęgnacyjnym i ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania finansowane z emerytury. Jeśli natomiast świadczenie emerytalne jest zbyt niskie, pozostałe koszty ponoszą opiekunowie. W badaniu wykorzystano informacje dotyczące 21 krajów europejskich. Jako metodę badawczą wykorzystano analizę skupień. Pierwszy klastery obejmuje państwa, które charakteryzują się wysokim zorganizowaniem i finansowaniem opieki długoterminowej (Belgia, Dania, Holandia, Szwecja, Francja, Niemcy). Największą wolnością wyboru i dostępnością do świadczeń finansowanych ze środków publicznych mogą cieszyć się mieszkańcy Belgii. Natomiast Duńczycy mają zagwarantowane wysokie finansowanie publiczne i dopłacają tylko do kosztów pobytu w przypadku korzystania z opieki instytucjonalnej. Druga grupa krajów obejmuje systemy zorganizowane i finansowane na poziomie średnim (Słowenia, Włochy, Finlandia, Anglia, Hiszpania, Austria, Łotwa). Finansowanie w tych krajach nie odbiega znacząco od finansowania w grupie pierwszej, jednak na zdecydowanie niższym poziomie jest organizacja opieki. Kraje, które znalazły się w klastrze 3 i 4, charakteryzują się bardzo niskim poziomem finansowania – udział w PKB niższy niż 0,5% (warto zaznaczyć, że w stosunku do niskiego PKB). We wszystkich tych krajach pacjenci dopłacają do pobytu w placówkach opieki długoterminowej. Klastery te różnią się znacznie poziomem organizacji opieki. Poziom zorganizowania opieki nad osobami starszymi został oceniony wyżej w Estonii, Słowacji, Bułgarii i Czechach niż w krajach klastra 4 (na Węgrzech, Litwie, w Rumunii i Polsce). Opieka długoterminowa spośród badanych 21 krajów została najniżej oceniona w Polsce i w Rumunii, przy czym Polska otrzymała wyższą liczbę punktów za organizację, a Rumunia za finansowanie (Kraus i in. 2010).



W innym opracowaniu, analizując informacje statystyczne, zauważono, że istnieje silny związek pomiędzy wydatkami na opiekę dla osób starych a odsetkiem osób z dysfunkcjami ruchowymi (*Adequate social protection...* 2014: 17; Karlsson i in. 2004). W opracowaniach publikowanych w czasopismach z zakresu geriatryi podkreśla się, że w przypadku osób w podeszłym wieku bardzo ważna jest ciągłość opieki i wielodyscyplinarność zespołu terapeutycznego, ze względu na występujące u pacjentów choroby przewlekłe i wielochorobowość (Warren 1946; Szczerbińska, Pietryka 2008).

2. Udział osób starszych w strukturze ludności Polski

Starzenie się demograficzne ludności to systematyczny wzrost odsetka osób w wieku starszym w populacji. Przyczyną tego procesu jest nowoczesna – oszczędna – reprodukcja ludności. Szczególne nasilenie tego zjawiska występuje w zaawansowanej fazie przejścia demograficznego. Tempo wzrostu osób starych przewyższa wówczas tempo wzrostu całej populacji (Okólski, Fihel 2012: 143–147). Za proces ten odpowiada niski przyrost naturalny, poniżej prostej zastępowalności pokoleń, i wzrost długości życia. W tabeli 1 została przedstawiona struktura osób starszych według województw i wieku w wybranych latach okresu 2000–2013.

Tabela 1

Struktura osób starszych w Polsce według województw w latach 2000–2013

| Wyszczególnienie | Udział w strukturze ludności osób | | | | | Udział osób 80+ w strukturze osób 65+ | |
|---------------------|-----------------------------------|-------|-------|------------------------|------|---------------------------------------|-------|
| | powyżej 65. roku życia | | | powyżej 80. roku życia | | 2006 | 2013 |
| | 2000 | 2006 | 2013 | 2006 | 2013 | | |
| Dolnośląskie | 12,50 | 13,55 | 14,85 | 2,90 | 3,98 | 21,44 | 26,77 |
| Kujawsko-pomorskie | 11,52 | 12,45 | 14,07 | 2,62 | 3,53 | 21,03 | 25,09 |
| Lubelskie | 13,66 | 14,38 | 15,41 | 3,25 | 4,29 | 22,63 | 27,82 |
| Lubuskie | 10,86 | 11,76 | 13,36 | 2,43 | 3,36 | 20,64 | 25,11 |
| Łódzkie | 14,37 | 14,96 | 16,56 | 3,47 | 4,40 | 23,19 | 26,57 |
| Małopolskie | 12,38 | 13,43 | 14,49 | 2,82 | 3,84 | 21,01 | 26,51 |
| Mazowieckie | 13,88 | 14,57 | 15,42 | 3,31 | 4,37 | 22,75 | 28,32 |
| Opolskie | 11,68 | 13,98 | 15,30 | 2,51 | 3,79 | 17,99 | 24,76 |
| Podkarpackie | 11,99 | 13,03 | 14,02 | 2,74 | 3,77 | 20,99 | 26,88 |
| Podlaskie | 13,59 | 14,59 | 15,35 | 3,24 | 4,58 | 22,23 | 29,85 |
| Pomorskie | 10,82 | 12,07 | 13,50 | 2,45 | 3,36 | 20,33 | 24,88 |
| Śląskie | 11,52 | 13,61 | 15,47 | 2,56 | 3,58 | 18,83 | 23,10 |
| Świętokrzyskie | 14,03 | 14,89 | 16,09 | 3,36 | 4,47 | 22,56 | 27,79 |
| Warmińsko-mazurskie | 10,55 | 11,67 | 12,84 | 2,33 | 3,36 | 19,97 | 26,14 |
| Wielkopolskie | 11,32 | 11,92 | 13,51 | 2,62 | 3,32 | 21,98 | 24,58 |
| Zachodniopomorskie | 11,08 | 12,19 | 13,89 | 2,44 | 3,49 | 20,02 | 25,13 |
| Polska | 12,35 | 13,42 | 14,74 | 2,85 | 3,85 | 21,26 | 26,15 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.



Udział w strukturze ludności osób starszych na przestrzeni lat 2000–2013 uległ w Polsce zwiększeniu o 950 tys. (2,5%) i wynosi obecnie niecałe 15%. Najniższy udział osób w wieku 65 lat i więcej występuje w województwie warmińsko-mazurskim (niecałe 13%), a najwyższy w łódzkim i świętokrzyskim (powyżej 16%). Osoby w wieku podeszłym (sędziwym 80+) stanowiły w strukturze ludności niecałe 4% i największy ich udział w stosunku do liczby ludności występował w województwach: podlaskim, świętokrzyskim, łódzkim i lubelskim (powyżej 4%). Najniższy udział osób powyżej 80. roku życia w porównaniu z liczbą ludności występował w województwach: wielkopolskim, lubuskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim (3,32–3,36%). Natomiast udział osób sędziwych w strukturze osób starych (powyżej 65. roku życia) wzrósł na przestrzeni 8 lat z 21% do 26% i najwyższy był w województwie podlaskim i mazowieckim, a najniższy w śląskim, wielkopolskim i opolskim. Zmalało obciążenie demograficzne ludności w wieku produkcyjnym osobami w wieku przedprodukcyjnym, a wzrosło osobami w wieku poprodukcyjnym (Szymańczak 2012).

Przewiduje się, że w roku 2035 udział osób powyżej 65. roku życia w strukturze ludności będzie wynosił 24,5%, a w roku 2050 – 32,7% przy obecnych 15%, w tym osób powyżej 80. roku życia odpowiednio 7,8% i 10,4% (obecnie 3,9%) (*Sytuacja demograficzna osób...* 2014).

Niekorzystna piramida wieku ludności stanowi poważne zagrożenie dla wydolności finansowej systemów emerytalnych oraz powoduje rosnące wydatki na opiekę medyczną i usługi socjalne adresowane do ludzi starych. Wszystkie te zmiany będą zachodziły przy przewidywanych zmniejszających się zasobach pracy.

3. Organizacja i finansowanie opieki długoterminowej

W Polsce opieka długoterminowa świadczona jest przez dwie instytucje. Usługi pielęgnacyjne (wsparcie w wykonywaniu codziennych aktywności) są domeną polityki społecznej, a usługi leczniczo-opiekuńcze – ochrony zdrowia. Realizowane usługi mogą mieć charakter stacjonarny lub domowy (Golinowska 2006:16).

Usługi pielęgnacyjne przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie, która posiada wprawdzie rodzinę, ale najbliżsi, w tym wspólnie zamieszkujący małżonek, nie są w stanie takiej pomocy zapewnić.

Pomoc i opiekę stacjonarną w ramach realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej realizują: rodzinne domy pomocy, dzienne ośrodki wsparcia oraz domy pomocy społecznej. Pomoc w warunkach domowych obejmuje pomoc w codziennych zajęciach, takich jak: sprzątnięcie, gotowanie, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych, mycie, kąpanie, ubieranie, dozowanie leków, prześcielenie łóżka, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń, karmienie oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.

Odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej równa jest średniemu miesięcznemu kosztowi utrzymania. Mieszkaniec za pobyt płaci nie więcej niż 70% swojego dochodu.



Pozostałą brakującą część odpłatności wnoszą: małżonek, wstępni lub zstępni krewni, a w przypadku osoby samotnej – gmina (Ministerstwo Pracy...).

Opieka stacjonarna nad osobami starszymi z zakresu ochrony zdrowia realizowana jest przez zakłady: opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz rehabilitacji leczniczej. Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia pacjentów przewlekle chorych i tych, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego oraz nie wymagają dalszej hospitalizacji. W zakładach opiekuńczych przebywają ze względu na stan zdrowia, niesprawność fizyczną, brak samodzielności w opiece i pielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej oraz potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. W zakładach tych świadczenia zdrowotne udzielane są przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa oraz rehabilitanta i obejmują terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz edukację zdrowotną przygotowującą pacjenta lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w domu.

Pacjent zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL) lub pielęgnacyjno-opiekuńczego (ZPO) ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, jednakże tak ustalona kwota nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (Ustawa... 2004).

Świadczenia zdrowotne udzielane w opiece domowej dotyczą pacjentów wentylowanych mechanicznie. Udzielane są one osobie wymagającej stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną) bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez ustniki, maski lub kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających świadczeń całodobowych.

Ponadto świadczenia mogą być realizowane w formie pielęgniarstwa długoterminowego domowego. Jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych (Sprawozdanie... 2013: 71–75).

Poza wymienionymi formami opieki instytucjonalnej, osobami starszymi w wielu przypadkach opiekuje się rodzina oraz funkcjonuje obszar komercyjnych usług opiekuńczych świadczonych poza sferą ingerencji instytucji publicznych.

Nie istnieją dokładne informacje o kosztach opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami starszymi. Ujęte są one łącznie jako wydatki dokonywane w ramach świadczeń opieki długoterminowej.

W opiece medycznej nad osobami starszymi ważne jest takie poprowadzenie leczenia, aby jak najdłużej utrzymać sprawność fizyczną i umysłową tych osób, stosować zintegrowane leczenie ambulatoryjne i opiekę domową, unikać hospitalizacji i konieczności



przebywania w ośrodkach leczniczych lub społecznych. Takim działaniom sprzyjają porady udzielane przez lekarzy geriatrów. W tabeli 2 przedstawiono liczbę poradni geriatrycznych w poszczególnych województwach oraz wartość zakontraktowanych porad. NFZ nie publikuje wartości zrealizowanych porad w podziale na ich rodzaje, a jedynie wydatki łączne na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS).

Tabela 2

Liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń w poradniach geriatrycznych w latach 2013–2015

| Wyszczególnienie | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|---------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| | liczba poradni | wartość zakontraktowanych świadczeń | liczba poradni | wartość zakontraktowanych świadczeń | liczba poradni | wartość zakontraktowanych świadczeń |
| Dolnośląskie | 3 | 53 986 | 3 | 59 478 | 3 | 55 255 |
| Kujawsko-pomorskie | 4 | 218 834 | 4 | 219 308 | 4 | 245 992 |
| Lubelskie | 4 | 87 756 | 3 | 36 546 | 3 | 53 494 |
| Lubuskie | 2 | 12 474 | 2 | 9 484 | 2 | 56 440 |
| Łódzkie | 2 | 134 107 | 3 | 46 688 | 2 | 149 614 |
| Małopolskie | 10 | 475 960 | 15 | 540 441 | 13 | 964 148 |
| Mazowieckie | 9 | 408 887 | 9 | 346 643 | 10 | 420 702 |
| Opolskie | 3 | 118 703 | 3 | 179 452 | 3 | 201 102 |
| Podkarpackie | 1 | 5 559 | 1 | 4 811 | 1 | 6 783 |
| Podlaskie | 1 | 94 073 | 1 | 115 794 | 1 | 112 371 |
| Pomorskie | 7 | 134 585 | 4 | 73 043 | 4 | 205 376 |
| Śląskie | 22 | 819 083 | 23 | 869 297 | 21 | 1 011 619 |
| Świętokrzyskie | 2 | 113 733 | 2 | 114 300 | 2 | 114 678 |
| Warmińsko-mazurskie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wielkopolskie | 2 | 22 228 | 3 | 45 897 | 3 | 176 816 |
| Zachodniopomorskie | 1 | 11 558 | 1 | 14 554 | 1 | 14 370 |
| Polska | 73 | 2 711 526 | 77 | 2 675 734 | 73 | 3 788 760 |

Źródło: Informator o zawartych umowach...

Niepokojące jest, że poradnie geriatryczne w większości województw znajdują się tylko w dużych miastach. Po części wynika to z niewielkiej liczby lekarzy geriatrów. Szacuje się, że jest ich w całym kraju 275, lecz tylko 140 pracuje w swojej specjalizacji, stąd też są województwa, gdzie nie ma żadnej poradni geriatrycznej (warmińsko-mazurskie). Z doniesień z innych krajów wynika, że średnio w krajach zachodnich na 100 000 mieszkańców przypada co najmniej jeden geriatra, gdy w Polsce 0,36, a na 100 000 osób powyżej 65. roku życia od 7–46 lekarzy, gdy w Polsce 2,5 lekarza (Derejczyk i in. 2008). Świadczenie geriatryczne wycenione jest przez NFZ w przedziale 7,7–9,3 zł za punkt. Liczba poradni geriatrycznych w latach 2013–2015 jest stała. Wartość zakontraktowanych usług wzrosła pomiędzy 2013 i 2015 rokiem o 40%, niestety w roku 2014 była niższa. Leczenie zachowawcze w poradniach geriatrycznych daje lepsze efekty zdrowotne osobom starszym niż leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej. Osoby powyżej 65. roku życia skorzystały z około 30% porad



udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w 2013 roku. Część z nich mogłaby korzystać z opieki lekarzy geriatrów. Aby skorzystać z porady geriatrycznej, pacjent musi posiadać skierowanie od lekarza POZ.

Leczenie zabiegowe powinno być wykonywane osobom w podeszłym wieku w ostateczności. W tabeli 3 przedstawiono w wybranych latach liczbę oddziałów, łóżek, osób leczonych i czasy pobytu na oddziałach geriatrycznych.

Tabela 3

Liczba łóżek, leczonych pacjentów i czasy pobytu na oddziałach geriatrycznych w wybranych latach

| Wyszczególnienie | Oddziały | Łóżka | Leczeni | Leczeni na łóżko | Osobodni | Czas pobytu | Wykorzystanie łóżek w dniach | Wykorzystanie łóżek (%) |
|------------------|----------|-------|---------|------------------|----------|-------------|------------------------------|-------------------------|
| 2000 | – | 429 | 9 408 | 19,4 | 134 600 | 14,3 | 278,0 | 76,2 |
| 2006 | 14 | 342 | 9 110 | 26,6 | 97 052 | 10,7 | 283,8 | 77,7 |
| 2012 | 29 | 697 | 17 353 | 25,6 | 156 008 | 9,0 | 232,2 | 63,6 |
| 2013 | 31 | 721 | 19 300 | 27,1 | 166 996 | 8,7 | 236,8 | 64,9 |

Źródło: Podstawowe dane... (2000–2006); *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012, 2013 r.*

Liczba łóżek geriatrycznych i osób leczonych od roku 2000 do 2006 malała, natomiast od 2007 roku systematycznie rośnie. Średni czas pobytu pacjentów na oddziale ulega skróceniu, przez co zmniejsza się wykorzystanie łóżek. W krajach zachodnich przypada od 10–75 łóżek geriatrycznych na 100 000 mieszkańców (10 w Danii, 75 w Belgii), w Słowacji 14, w Czechach 6. W Polsce na 100 000 mieszkańców przypada 1,9 łóżek geriatrycznych.

W tabeli 4 przedstawiono szczegółowe informacje o liczbie oddziałów geriatrycznych i zakontraktowanych świadczeniach w latach 2013–2015. NFZ nie publikuje kosztów leczenia na poszczególnych oddziałach, a jedynie łączne koszty leczenia szpitalnego.

Tabela 4

Liczba oddziałów geriatrycznych i wartość zakontraktowanych świadczeń według województw w latach 2013–2015 w zł

| Wyszczególnienie | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | liczba oddziałów | wartość kontraktów | liczba oddziałów | wartość kontraktów | liczba oddziałów | wartość kontraktów |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Dolnośląskie | 5 | 5 534 776 | 5 | 5 353 712 | 5 | 5 759 728 |
| Kujawsko-pomorskie | 1 | 1 927 898 | 1 | 1 900 288 | 1 | 2 004 288 |
| Lubelskie | 3 | 8 140 466 | 6 | 7 849 795 | 6 | 10 138 908 |
| Lubuskie | 2 | 3 105 596 | 2 | 3 234 073 | 2 | 3 054 844 |
| Łódzkie | 2 | 1 122 872 | 2 | 1 755 016 | 2 | 1 666 236 |
| Małopolskie | 3 | 9 853 688 | 6 | 9 342 205 | 6 | 13 655 200 |
| Mazowieckie | 1 | 374 206 | 2 | 1 493 140 | 2 | 1 512 794 |



| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------|----|------------|----|------------|----|------------|
| Opolskie | 2 | 3 808 948 | 2 | 3 881 488 | 2 | 3 915 600 |
| Podkarpackie | 2 | 3 578 588 | 3 | 4 234 880 | 3 | 4 618 068 |
| Podlaskie | 1 | 1 919 998 | 1 | 1 900 184 | 1 | 1 875 796 |
| Pomorskie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Śląskie | 12 | 20 624 542 | 12 | 22 380 317 | 12 | 22 179 073 |
| Świętokrzyskie | 1 | 728 052 | 2 | 2 955 108 | 2 | 4 000 048 |
| Warmińsko-mazurskie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wielkopolskie | 2 | 2 739 724 | 2 | 2 951 515 | 2 | 2 698 384 |
| Zachodniopomorskie | 1 | 659 620 | 1 | 774 384 | 1 | 639 392 |
| Polska | 38 | 64 118 975 | 47 | 70 006 105 | 47 | 77 718 359 |

Źródło: Informator o zawartych umowach...

W dwóch województwach nie ma oddziałów geriatrycznych: pomorskim i warmińsko-mazurskim. Jest to o tyle niepokojące, że na całym Pomorzu jest tylko jeden oddział geriatryczny – w Szczecinie. Najwięcej oddziałów geriatrycznych jest w województwie śląskim. O około 10% wzrasta corocznie wartość zakontraktowanych usług, przy stałej stawce 52 zł/pkt.

Czas pobytu w szpitalu jest obecnie bardzo krótki i nie gwarantuje poprawy zdrowia osobom starszym. Często po zakończonym tzw. ostrym leczeniu na oddziale, konieczny jest pobyt w ośrodku leczniczym. W 2013 roku mediana czasu oczekiwania na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-leczniczego wynosiła 39 dni.

W tabeli 5 przedstawiono liczbę osób będących pacjentami zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-leczniczych oraz wydatki NFZ na te zakłady.

Tabela 5

Liczba zakładów, łóżek, pacjentów leczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (z wyj. psychiatrycznych) oraz wydatki na leczenie w latach 2011–2013

| Wyszczególnienie | 2013 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|-----------------|--------------|------------------|-------|-------|-----------------------|---------|---------|
| | liczba zakładów | liczba łóżek | liczba pacjentów | | | wydatki NFZ w tys. zł | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Dolnośląskie | 56 | 2 352 | 5 091 | 5 605 | 5 449 | 81 524 | 90 812 | 91 868 |
| Kujawsko-pomorskie | 32 | 1 252 | 2 624 | 2 900 | 3 165 | 37 347 | 44 079 | 46 318 |
| Lubelskie | 23 | 943 | 1 826 | 1 635 | 1 929 | 42 001 | 46 639 | 52 339 |
| Lubuskie | 12 | 412 | 1 292 | 1 097 | 1 094 | 20 468 | 20 786 | 21 087 |
| Łódzkie | 28 | 1 390 | 3 369 | 3 860 | 3 775 | 47 303 | 51 260 | 52 886 |
| Małopolskie | 34 | 2 467 | 4 474 | 4 979 | 4 889 | 96 129 | 106 983 | 112 872 |
| Mazowieckie | 67 | 4 219 | 7 560 | 7 503 | 7 592 | 130 794 | 132 535 | 141 171 |
| Opolskie | 17 | 804 | 1 420 | 1 596 | 1 736 | 40 656 | 41 590 | 42 098 |
| Podkarpackie | 36 | 1 831 | 3 572 | 3 676 | 3 638 | 73 117 | 85 783 | 90 961 |
| Podlaskie | 20 | 607 | 1 503 | 1 588 | 1 592 | 21 888 | 23 018 | 25 178 |
| Pomorskie | 25 | 1 072 | 2 097 | 2 776 | 2 764 | 32 747 | 36 078 | 41 245 |
| Śląskie | 58 | 3 150 | 6 164 | 7 539 | 6 479 | 174 949 | 179 663 | 182 288 |



| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---------------------|-----|--------|--------|--------|--------|---------|-----------|-----------|
| Świętokrzyskie | 14 | 673 | 1 485 | 1 535 | 1 523 | 30 496 | 38 916 | 43 983 |
| Warmińsko-mazurskie | 16 | 574 | 1 619 | 1 579 | 1 758 | 26 431 | 29 236 | 33 068 |
| Wielkopolskie | 19 | 764 | 2 061 | 2 026 | 2 282 | 59 113 | 59 343 | 60 903 |
| Zachodniopomorskie | 17 | 731 | 1 587 | 1 193 | 1 793 | 32 064 | 34 090 | 36 674 |
| Polska | 474 | 23 241 | 47 744 | 51 087 | 51 458 | 947 029 | 1 020 811 | 1 074 939 |

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011, 2013 r.; Sprawozdanie... 2011, 2013.*

Liczba zakładów, łóżek, pacjentów i wydatki na lecznicze zakłady opiekuńcze są w badanym okresie rosnące. Spadek liczby łóżek można zaobserwować tylko w województwie dolnośląskim i zachodniopomorskim (w tym pierwszym również liczby pacjentów). Średni czas pobytu pacjenta w leczniczych zakładach opiekuńczych wynosił 150 dni, a wydatki NFZ na realizowane w nich procedury medyczne kształtowały się w granicach 1 mld zł.

Dodatkowo w 2013 roku działało 57 zakładów opiekuńczych typu psychiatrycznego, 73 hospicja, 57 oddziałów opieki paliatywnej. Średni czas pobytu w zakładzie opiekuńczym typu psychiatrycznego wynosił 250 dni, w hospicjum 25 dni, a na oddziale opieki paliatywnej 21 dni. NFZ na finansowanie opieki hospicyjnej i paliatywnej wydał 355 474 tys. zł.

W tabeli 6 przedstawiono wydatki jednostek samorządu terytorialnego i budżetu państwa na dofinansowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Wydatki te dotyczą dofinansowania pobytu, opłacenia składek zdrowotnych za osoby korzystające ze świadczeń, inwestycji.

Tabela 6

Dofinansowanie zakładów leczniczych przez jednostki samorządu terytorialnego i budżet państwa w latach 2011–2013 w tys. zł

| Jednostki administracji | Gminy | Powiaty | Miasta na prawach powiatów | Województwa | Budżet państwa | Łączne wydatki |
|-------------------------|---|---------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|
| Lata | zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze | | | | | |
| 2011 | 1 467 | 424 | 24 442 | 272 | 10 648 | 37 253 |
| 2012 | 941 | 366 | 11 404 | 266 | 10 461 | 23 437 |
| 2013 | 1 330 | 715 | 15 586 | 313 | 10 343 | 28 287 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011, 2012, 2013 r.; Pomoc społeczna (2014).*

Zakłady opiekuńcze zostały dofinansowane w 2013 roku kwotą ponad 28 mln zł. Najwięcej środków zostało przekazanych z budżetów miast na prawach powiatów i z budżetu państwa, odpowiednio powyżej 15 i 10 mln zł. Znacznie wyższe kwoty przeznaczono na dofinansowanie domów pomocy społecznej, łącznie ponad 4 088 mln zł.

Osoby starsze stanowią 60–80% pacjentów zakładów opiekuńczych i około 50% pensjonariuszy domów pomocy społecznej.



Uwagi końcowe

W Polsce występuje model hybrydowy finansowania opieki długoterminowej, w tym również nad osobami w starszym wieku. W modelu tym finansowanie następuje ze środków publicznych (jednostki samorządu terytorialnego, budżet państw, NFZ), czyli z podatków i z ubezpieczenia zdrowotnego oraz ze źródeł prywatnych (świadczenie emerytalne, dopłaty rodziny, środki z ubezpieczenia prywatnego). Wysokość środków przeznaczanych na świadczenia opieki długoterminowej jest bardzo niska i należy się spodziewać w najbliższych latach jej znacznego wzrostu (2–3-krotnie).

Niskie finansowanie i fragmentaryczność opieki mają ogromne znaczenie dla wysokości kosztów ponoszonych w ostatnich latach życia osób starszych. Koszty opieki wielokrotnie przekraczają wpływy wnoszone przez te osoby do systemu (Karlsson, Klohn 2011). Dobrą ilustracją problemu jest przykład sytuacji osób starszych w Szwecji i Słowacji. W Szwecji w 2011 roku było 20% osób z niepełnosprawnością ruchową w wieku 65–74 lata i 33% w wieku 75 lat i więcej, gdy w Słowacji było takich osób odpowiednio 73% i 89% (*Adequate social protection...* 2014: 17–18). Natomiast w Polsce w 2011 roku szacowano odpowiednio 46% i 63%.

Wszelkie działania medyczne, w tym leczenie i rehabilitacja, powinny przebiegać w kierunku jak najdłuższego utrzymania osób starszych w sprawności ruchowej i samodzielności. Aby ten cel osiągnąć, konieczny jest znaczny wzrost wydatków na opiekę długoterminową, zwiększenie dostępu do odpowiednich lekarzy, zwiększenie liczby ośrodków dziennych i skrócenie kolejek do ośrodków rehabilitacyjnych.

Jako działania we właściwym kierunku należy ocenić wzrost finansowania poradni geriatrycznych oraz zwiększenie liczby miejsc na specjalizacji geriatry. Aby osiągnąć minimalny poziom lekarzy geriatrów (2 osoby na 10 000 mieszkańców powyżej 65. roku życia), ich liczba powinna wzrosnąć w krótkim czasie 6-krotnie.

Opieka nad osobami z ograniczoną aktywnością powinna być jak najdłużej sprawowana w domu, przez rodzinę, z możliwością korzystania z ośrodków dziennych. Opieka stacjonarna powinna być dla tych osób ostatecznością, ze względów psychologicznych, ale także ekonomicznych.

Brak kadry geriatrycznej i oddziałów geriatrycznych rekompensowany jest przyjmowaniem pacjentów w starszym wieku na oddziały internistyczne. Jak pokazuje J. Derejczyk i in. (2008), leczenie pacjentów geriatrycznych na internie jest mniej skuteczne, a koszty wyższe.

Brak ciągłości opieki medycznej powoduje, że chory, któremu wykonano skomplikowane procedury medyczne, nie ma zagwarantowanej właściwej pielęgnacji i kontynuacji leczenia po opuszczeniu szpitala. Brak możliwości kontynuacji leczenia w ośrodku leczniczym powoduje, że wcześniejsze leczenie nie daje zamierzonych efektów medycznych, a pacjent nie osiąga satysfakcji osobistej.



Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-leczniczych wydaje się być właściwą dla obecnej liczebności populacji osób starszych. Patologiczny jest natomiast sposób kwalifikacji osób do tych zakładów. Pobyt w domu pomocy społecznej, przy obecnie obowiązujących przepisach, jest większym obciążeniem finansowym dla rodziny niż pobyt w zakładzie leczniczym. Osoby zdrowe, ale niesamodzielne, są więc kierowane do zakładów leczniczych, a nie do domów pomocy społecznej. W efekcie ich pobyt w zakładzie leczniczym kosztuje więcej środków publicznych, niż w domu pomocy społecznej (koszty codziennej opieki plus koszty opieki medycznej), ale nie jest obciążeniem dla rodziny (Jurk 2008).

Od 1991 roku następuje dezintegracja pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Sprawowanie nadzoru nad tą działalnością przez dwa ministerstwa spowodowało utratę łączności pomiędzy lekarzem i pionem pracowników opieki społecznej. Pacjent w wyjątkowych przypadkach może jednocześnie korzystać z pomocy pracownika socjalnego i pielęgniarki medycznej. Działalność opieki społecznej uległa przeprofilowaniu i polega głównie na orzekaniu o prawie do zasiłków i stopniu odpłatności za świadczenia opiekuńcze. W nielicznych przypadkach opieka społeczna zajmuje się rozwiązywaniem rzeczywistych problemów społecznych.

Ostatnim zagadnieniem, które powinno być poruszone w tym opracowaniu, są zasoby opiekunów. Zostało udowodnione, że opieka bliskich nad osobą niepełnosprawną daje dużo lepsze efekty niż opieka instytucjonalna. Opieka nad osobami starszymi w Polsce jest w dużej części realizowana przez rodzinę. System emerytalny wymusza, aby osoby-opiekunowie, jeśli nie chcą w przyszłości korzystać z zasiłków pomocy społecznej, nie rezygnowały z pracy na rzecz opieki nad niepełnosprawnymi bliskimi. Konstrukcja specjalnego zasiłku opiekuńczego, wynoszącego 520 zł, wymaga całkowitej rezygnacji z zatrudnienia i niczego nie gwarantuje w przyszłości. Wraz ze zwiększaniem się udziału osób starszych w społeczeństwie potrzebna będzie większa liczba opiekunów niż obecnie. Niezbędne jest więc wypracowanie mechanizmów prawnych i finansowych, które pozwolą opiekunowi pogodzić pracę zawodową ze sprawowaniem opieki.

Literatura

- Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society* (2014), Social Protection Committee and the European Commission, Luxembourg, Publication Office of the European Union.
- Bank Danych Lokalnych GUS, stat.gov.pl/bdl (20.03.2015).
- Bettio F., Plantenga J. (2004), *Comparing Care Regimes in Europe*, „Feminist Economics” vol. 10, no. 1, s. 85–113.
- Campbell J.C., Ikegami N., Gibson M.J. (2010), *Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan*, „Health Affairs” vol. 29, no. 1, s. 87–95.
- Colombo F., Llana-Nozal A., Mercier J., Tjadens F. (2011), *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Da Rold B., Le Bihan B., Österle A. (2007), *Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes*, „Social Policy and Administration” vol. 41, no. 6, s. 653–671.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J. (2008), *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” t. 16, nr 3, s. 149–159.



- Fathej M.C. (2002), *Cultural Change In Long-Term Care Facilities: Changing Facility or Changing the System*, w: *Cultural Change in Long-Term Care*, red. A.S. Weiner, J.L. Ronch, Haworth Press, New York.
- Gleckman H. (2010), *Long-term Care Financing Reform: Lessons from the US and Abroad*, The Commonwealth Fund, New York.
- Glendinning C., Davies B., Pickard L., Comas-Herrera A. (2004), *Funding long-term care for older people: lessons from other countries*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Golinowska S. (2006), *Przedmowa*, w: *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, red. K. Szczerbińska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Informator o zawartych umowach, www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach (20.04.2015).
- Jurek Ł. (2008), *Moral hazard w zakładach długoterminowej*, w: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*, red. J.T. Kowaleski, P. Szukalski, Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Karlsson M., Klohn F. (2011), *Some notes on how to catch a red herring ageing, time-to-death & care costs for older people in Sweden*, Darmstadt Discussion Papers in Economics, no. 207.
- Karlsson M., Mayhew L., Plumb R., Rickayzen B. (2004), *An International Comparison of Long-Term Care Arrangements*, City University, Cass Business School.
- Kraus M., Riedel M., Mot E., Willemé P., Röhring G., Czypionka T. (2010), *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe*, ENEPRI Research Report no. 91.
- Leichsenring K., Billings J., Nies H. (2013), *Long-term care in Europe – Improving policy and practice*, Basingstoke, Palgrave Macmillan, <http://interlinks.euro.centre.org/project/reports> (20.04.2015).
- Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej, www.mpips.gov.pl (20.04.2015).
- OECD/European Commission (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- OECD Statistics (2015), <http://stats.oecd.org> (20.04.2015).
- Okólski M., Fihel A. (2012), *Demografia. Współczesne zjawiska i teorie*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- Pavolini E., Ranci C. (2008), *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, „Journal of European Social Policy” vol. 18, iss. 3, s. 246–259.
- Pommer E., Woittiez I., Stevens J. (2007), *Comparing Care: The care of the elderly in ten EU countries*, SCP Publication no. 32, The Netherlands Institute for Social Research, The Hague.
- Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia (2000–2010)*, GUS, Warszawa.
- Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 r.* (2014), GUS, Warszawa.
- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011, 2012, 2013 r., Warszawa.
- Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050* (2014), GUS, Warszawa.
- Szczerbińska K., Pietryka A. (2008), *Rozwój geriatry w krajach europejskich – historia i zasoby (część 1)*, „Gerontologia Polska” t. 16, nr 2, s. 61–73.
- Szymańczak J. (2012), *Starzenie się polskiego społeczeństwa – wybrane aspekty demograficzne*, Studia Biura Analiz Sejmowych, nr 2, s. 9–28.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, t.j. DzU 2015, poz. 581.
- Warren M.W. (1946), *Care of chronic aged sick*, „Lancet” vol. 8, no. 1, s. 841–843.
- Wittenberg R., Sandhu B., Knapp M. (2002), *Funding Long-Term Care: Public and Private Options*, w: *Funding Health Care :Options for Europe*, red. E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, Open University Press, Buckingham.
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011, 2012, 2013 r.*, GUS, Warszawa.

ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF CARE FOR THE ELDERLY

Abstract: *Purpose* – An attempt to evaluate financial management (among establishments) in long-term care over elderly patients in Poland. This evaluation covers both: methods of organization and financing health-care for elderly people.

Design/methodology/approach – Analysis of: structure and dynamics in spending on long term care, the allocation and use of resources in health care of elderly patients

Findings – The allocation of healthcare resources is quite accidental. What can be observed is the increase in



spending in care for the elderly, but still it is one of the lowest in the EU. Lack of integration between social care and healthcare. Lack of legal measures as far as informal carers are concerned.

Originality/value – There have been many publications on ageing population in Poland but just a few of them consider financial side of healthcare among the elderly. The sources on financing care over the elderly are not sufficient.

Keywords: the elderly, health care, long-term care, geriatric care, financing

Cytowanie

Kujawska J. (2015), *Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 855, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 74, t. 1, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 709–722; www.wneiz.pl/frfu.