

Jaki winien być docelowy model opieki medycznej nad osobą w podeszłym wieku?

Większość reform systemów opieki medyczno-społecznej zainicjowanych było wcześniejszą, dogłębną analizą stanu społeczno-demograficznego oraz oceną jego wpływu na stan zdrowia populacji. W Wielkiej Brytanii prof. W. H. Beveridge w 1946 sporządził raport, w oparciu o który parę lat później Partia Pracy wprowadziła system Narodowej Służby Zdrowia. Wcześniej w Niemczech, w okresie rewolucji przemysłowej, w związku z masowymi problemami zdrowotnymi wynikającymi z industrializacji (wysoka wypadkowość i urazowość w miejscu pracy) zapoczątkowano powstanie systemu ubezpieczeń społecznych (od 1883 roku wprowadzonego przez kanclerza O. von Bismarcka).

W poszukiwaniu optymalnych rozwiązań systemowych warto nadmienić, że zgodnie ze współczesnym podejściem do zdrowia jako zasobu, dominuje koncepcja determinizmu.

Zgodnie z paradygmatem Lalonde'a - jedynie 10% zasobów zdrowia uwarunkowanych jest funkcjonowaniem systemu zdrowia. W znacznej części na stan zdrowia populacji ma wpływ styl życia oraz determinanty środowiskowe.

Przyjęcie tych założeń implikuje konieczność podejmowania wspólnych działań międzysektorowych na rzecz zdrowia. Również coraz większą wagę w zachowaniu zdrowia przykłada się do działań w zakresie promocji zdrowia (podejście behawioralne) oraz tworzenia odpowiednich warunków środowiskowych, sprzyjających zdrowiu (podejście siedliskowe). Niestety efekty działań nie zawsze są natychmiastowe i spektakularne, szczególnie w populacji seniorów. Z tych powodów podejmowane działania najczęściej powinny być długofalowe oraz wymagają konsekwencji, określenia metodyki oraz współpracy na różnych poziomach i w różnych obszarach.¹

Obserwowane narastanie oczekiwań wobec systemu opieki zdrowotnej i społecznej w dużej mierze wynika z pogłębiającego się na całym świecie oraz w Polsce starzenia demograficznego oraz specyfiki problemów zdrowotnych seniorów.

Problem bezradności społecznej może pojawić się w sytuacjach braku możliwości (umiejętności) dostosowania do zmieniających się warunków w systemie opieki oraz braku

¹ tj. poziomach administracji oraz z udziałem organizacji pozarządowych; działania na różnych obszarach polityki bezpośrednio lub pośrednio wpływających na stan zdrowia populacji, np. transport, system fiskalny, system ochrony środowiska itp.

przejrzystych zasad i kryteriów opisujących jego funkcjonowanie. Jednocześnie brak działań decydujących w tym obszarze zwiększa ryzyko wykluczenia poprzez ograniczenie dostępności, a w efekcie końcowym może prowadzić do pogłębiania różnic w obrębie populacji, tzw. nierówności w zdrowiu.

Ważne z tego powodu a priori jest tworzenie przejrzystych zasad funkcjonowania systemu, jak również dbałość o dostosowanie do aktualnych potrzeb populacyjnych oraz określenie grup ryzyka potencjalnego wykluczenia, czy także ujawnienia w nim nieprawidłowości (wrażliwość systemu). Działania takie mają na celu zapewnić przestrzeganie prawa i dbałość o utrzymanie jakości świadczeń oraz sprawność funkcjonowania systemu.

Z perspektywy organizacji systemu oraz oceny jego dostosowania istotne jest uwzględnienie informacji o potrzebach populacyjnych oraz aktualnych możliwościach ich realizacji.

Potrzeby zdrowotne populacji seniorów

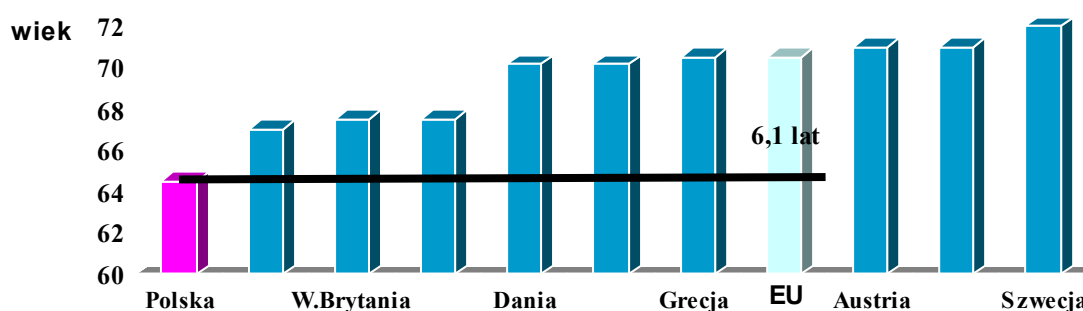
Wprawdzie wyniki badań Głównego Urzędu Statystycznego (SILC) nie zaklasyfikowały populacji polskich seniorów do grupy osób zagrożonych ubóstwem w wymiarze materialnym, jednak wątpliwości w zakresie jednoznaczności interpretacji wynikają ze świadomości ograniczeń metodycznych.

Potencjalne ryzyko zdrowotne, wraz z implikacjami w zakresie oczekiwań wobec systemu opieki w populacji seniorów polskich, wynika ze specyfiki zmian społeczno-demograficznych:

- większej dynamiki starzenia demograficznego w grupie wiekowej powyżej 80 roku życia,
- zjawiska feminizacji starości z powodu nadumieralności mężczyzn (nieuzasadnionych różnic w dochodach kobiet i mężczyzn, specyfiki problemów zdrowotnych i ról życiowych),
- wzrostu udziału rodzin jednopokoleniowych, niepełnych w społeczeństwie,
- zmniejszania się wskaźnika pielęgnacyjnego,
- relatywnie gorszego wykształcenia seniorów,
- specyfiki problemów zdrowotnych (przewlekłość, wielochorobowość, niepełnosprawność).

Nie bez znaczenia dla oceny różnic w podejściu do starości metrykalnej i biologicznej pozostają dane statystyczne. Z analiz porównawczych syntetycznych wskaźników zdrowia (np. HALE) wynika, iż stan zdrowia w Polsce, pomimo że poprawił się, to jednak nadal pozostaje gorszy w porównaniu z innymi krajami UE. Natomiast zestawienie wartości wskaźnika średniej długości życia wraz ze wskaźnikiem średniej długości życia w zdrowiu (HALE) wykazuje dłuższy okres niezdolności zdrowotnych w populacji polskich seniorów w porównaniu do seniorów z krajów europejskich tzw. dawnej 15.

Ryc.1. Przeciętna długość trwania życia w zdrowiu HALE 2001



Ryc. 2 Przeciętna długość trwania życia w zdrowiu HALE 2002 (WHO 2007)

	Male	Female	Total		Male	Female	Total
Austria	69.3	73.5	71.4	Lithuania	58.9	67.7	63.3
Belgium	68.9	73.3	71.1	Luxembourg	69.3	73.7	71.5
Bulgaria	62.5	66.8	64.6	Malta	69.7	72.3	71.0
Cyprus	66.7	68.5	67.6	Netherlands	69.7	72.6	71.2
Czech Republic	65.9	70.9	68.4	Norway	70.4	73.6	72.0
Denmark	68.6	71.1	69.8	Poland	63.1	68.5	65.8
Estonia	59.2	69.0	64.1	Portugal	66.7	71.7	69.2
Finland	68.7	73.5	71.1	Romania	61.0	65.2	63.1
France	69.3	74.7	72.0	Slovakia	63.0	69.4	66.2
Germany	69.6	74.0	71.8	Slovenia	66.6	72.3	69.5
Greece	69.1	72.9	71.0	Spain	69.9	75.3	72.6
Hungary	61.5	68.2	64.9	Sweden	71.9	74.8	73.3
Iceland	72.1	73.6	72.8	Switzerland	71.1	75.3	73.2
Ireland	68.1	71.5	69.8	United Kingdom	69.1	72.1	70.6
Italy	70.7	74.7	72.7	EU-27	-	-	70.3
Latvia	58.0	67.5	62.8	EU-15	-	-	71.7

Realizacja potrzeb zdrowotnych przez system opieki medycznej

Zgodnie z prawami rynku osoby starsze jako konsumenci - usługobiorcy systemu opieki medycznej powinni korzystać z przysługującego im prawa do wolnego wyboru oraz informacji i opinii o świadczeniodawcach. Opiniowanie takie winno obejmować nie tylko oceny dostępności i jakości świadczeń, lecz również znajomości własnych praw oraz kwestię zaufania do usługodawców. Analizując sposób dostosowania systemu opieki do możliwości realizacji wymienionych powyżej pryncypialnych zasad, nie sposób oceniać systemu w odniesieniu do potrzeb wyłącznie populacji seniorów.

Na podstawie międzynarodowego badania oceny jakości systemów wybranych krajów – Euro Health Consumer Index 2008 w Polsce pozytywnie oceniono fakt udziału organizacji reprezentujących pacjentów w decyzjach dotyczących opieki medycznej i powszechną dostępność chorych do ich dokumentacji medycznej. Natomiast zdecydowanie gorzej ocenione zostały: możliwość ubezpieczenia od złych praktyk, możliwość pełnodobowej w każdym dniu tygodnia dostępności do informacji elektronicznej o podmiotach świadczących usługi medyczne oraz brak rankingu jakości usług świadczeniodawców.

Zdecydowanie negatywnie oceniono również czas oczekiwania na planowe zabiegi (powyżej 90 dni) i szybkość dostępu do badań diagnostycznych MRI (powyżej 7 dni). W międzynarodowym rankingu opinii - nasz system opieki zdrowotnej uzyskał negatywną opinię w obszarze badań nad 5-letnimi okresami przeżycia w chorobach nowotworowych oraz w zakresie problemów zdrowotnych przyczyniających się do zgonów przedwczesnych populacji. Oceniono również, iż niewystarczający jest poziom opieki psychiatrycznej, głównie za sprawą wysokiego udziału samobójstw w strukturze zgonów oraz poziom jakości opieki diabetologicznej z powodu dużego udziału osób z wyższym poziomem HbA1c wśród pacjentów z cukrzycą. W zakresie realizowanych świadczeń za niewystarczający uznano poziom dostępności zabiegów okulistycznych (liczba operacji zaćmy na 100 000) oraz transplantacji nerek (liczba transplantacji na 1 mln populacji), wskaźnik wykonanych badań mammograficznych, a także negatywnie oceniono obecność nieformalnych opłat dodatkowych.

W zakresie gospodarki lekami gorzej oceniono dostępność informacji o lekach, rozwój farmakoterapii w onkologii i dostępność leków nowej generacji. W rankingu ocen systemów

opieki zdrowotnej w analizowanych obszarach gorsze opinie o naszym rynku usług opieki medycznej powinny być potraktowane priorytetowo w celu jego poprawy, uwzględniając również specyfikę i obecność grup ryzyka - potencjalnie narażonych na wykluczenie.

Z racji problemów zdrowotnych, tj. wielochorobowości, łatwości destabilizacji stanu zdrowia, niepełnosprawności sensoryczno-motorycznej - osoby w podeszłym wieku stają się częstszymi odbiorcami usług medycznych. Tym samym przejrzystość, dostępność informacji o standardach opartych i zgodnych z naukowymi przesłankami wraz z opinią o możliwości ich realizacji (tj. procedurach) jest ważnym argumentem i narzędziem dla polityki. Natomiast brak takich ustaleń stanowi potencjalnie zagrożenie dyskryminacją lub podejrzenie nierównego traktowania grup ryzyka, jakimi mogą być osoby gorzej wykształcone lub sytuowane, z większymi własnymi ograniczeniami, np. podyktowanymi niepełnosprawnością.

Z badań własnych oceny satysfakcji emerytów (oraz rencistów) w województwie mazowieckim wynika, iż ważnym i niedocenianym problemem z punktu widzenia skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjenta jest jego edukacja terapeutyczna.

Niewystarczająca wiedza pacjenta (jak również lekarza) w tym zakresie może powodować nieefektywność terapii, a także zwiększyć liczbę powikłań jatrogennych. Niestety z powodu wielochorobowości u pacjentów w wieku podeszłym mamy do czynienia często z polipragmazją prowadzącą w efekcie końcowym do większego ryzyka powikłań.

Przejrzyste kryteria działań w oparciu o standardy dają podstawy do wypracowania jakości, natomiast monitorowanie ich wdrażania gwarantuje poprawę opieki (systemu). Należy jednak pamiętać, że nawet najlepiej zorganizowany system monitorowania wybranych parametrów w populacji musi uwzględniać w efekcie końcowym podmiotowość człowieka, a nie populację. Z tych względów ważna jest współpraca samorządów oraz organizacji pozarządowych i świadomych oraz wrażliwych obywateli, by łatwiej określić potrzeby indywidualne, zagrożenia - dyskryminacją, ubóstwem, wykluczeniem....

Czy możemy ocenić, jak wrażliwy i elastyczny jest system opieki na zmiany zachodzące w populacji w zakresie alokacji środków finansowych i kadr?

Zgodnie z analizą krajowych ofert pracy dla lekarzy trudno znaleźć związek pomiędzy narastającym zjawiskiem starzenia demograficznego a rynkiem usług (tab.1,2). Dlatego tak ważnym jest precyzyjne określenie w systemie opieki miejsca i obszaru działań podstawowej opieki medycznej, specjalistycznej i pielęgnacyjnej.

Tab.1. KRAJOWE OFERTY PRACY z dn. 02.09.2008 wg biura pośrednictwa pracy OIL.

lekarze bez specjalizacji	23
alergologia	5
anestezjologia	6
balneologia	1
chirurgia (dziecięca +ogólna)	7
choroby wewnętrzne	31
dermatologia	6
diabetologia	7
endokrynologia	3
kardiologia	10
medycyna rodzinna	19
neurologia	4
pediatria	20
stomatologia	14
urologia	8
geriatria	0
inne	74

Tab.2. KRAJOWE OFERTY PRACY w okresie 08.2007 - 09.2008 –wg biura pośrednictwa pracy OIL.

Ogólna liczba ofert pracy dla specjalistów.			Oferty pracy dla geriatrów
Sierpień	2007	181	0
Wrzesień	2007	203	0
Październik	2007	203	0
Listopad	2007	222	0
Grudzień	2007	227	0
Styczeń	2008	152	0
Luty		196	0
Marzec		187	1
Kwiecień		183	1
Maj		163	1

Czerwiec	167	1
Lipiec	166	1
Sierpień	239	0
Wrzesień	238	0

Powyższy problem dot. kompetencji oraz polityki kadrowej nie może być analizowany w oderwaniu od ogólnej liczby i struktury kadr medycznych – pielęgniarek i lekarzy. Wprawdzie odpowiedzią na istniejące zmiany demograficzno-zdrowotne jest pojawienie się nowych specjalności i kierunków kształcenia (asystent i opiekun osoby niepełnosprawnej, instruktor kinezogerontoprofilaktyki...) to jednak zestawienia danych statystycznych, dotyczących kadr medycznych wskazują, że w Polsce liczba lekarzy i pielęgniarek przypadająca na 100 000 ludności jest poniżej wartości średniej wszystkich krajów EU.

Istotne z punktu widzenia i funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego jest zaangażowanie wszystkich stron dialogu do kontroli jakości opieki w zakresie ich kompetencji. Z tego też powodu ważne jest włączenie w proces decyzyjny - organizacji pozarządowych, już od momentu pozyskiwania opinii w badanych kwestiach. Konieczne jest tym samym prowadzenie szerokiej (racjonalnej) edukacji w zakresie geriatry, gerontologii na etapie tworzenia polityki, a także edukacji indywidualnej w zakresie zdrowia (promocja zdrowia, edukacja terapeutyczna, wiedza o prawach i obowiązkach itp.)

Dysproporcje, jakie mogą pojawić się pomiędzy popytem na świadczenia oraz możliwością ich podaży, połączone z brakiem umiejętności znalezienia się w systemie opieki osób potrzebujących, stanowią istotny element zagrożenia wykluczeniem ze względu na brak wiedzy, inercję oraz odrębność systemów opieki zdrowotnej i społecznej.

Warunkowanie kształtu systemu opieki zapotrzebowaniem, a nie faktyczną potrzebą² w obrębie obu systemów naraża państwo (obywateli) na niedoszacowanie i ponoszenie nieuzasadnionych kompetencją kosztów.

Najważniejsze w dyskusji nad idealnym spójnym systemem opieki jest uwzględnienie podmiotowości usługobiorców oraz potrzeb osób starszych, niepełnosprawnych, a także konieczność wspierania ich rodzin (np. w zakresie elastycznych warunków zatrudnienia,

² **Zapotrzebowanie na opiekę** zdrowotną to odzwierciedlenie potrzeb zdrowotnych w świadomości oraz oczekiwanie ich zaspokojenia w stopniu uznawanym subiektywnie za możliwy.

Potrzeby zdrowotne - są obiektywnymi stanami rzeczy dot. częstości występowania chorób i patologii w obrębie danej kultury, nie wynikają z atrybutów psychicznym jednostki.

wspierania wolontariatu), by w sytuacjach uzasadnionych unikać form opieki instytucjonalnej.

Jak pokazuje praktyka, nadal szereg problemów w tym obszarze wymaga rozwiązań i odpowiedzi na pytania; *czy wystarczające jest zmotywowanie społeczne do podejmowania wolontariatu? Czy istnieje wystarczający system wsparcia psychologicznego, logistycznego, finansowego opiekunów osób niepełnosprawnych, szczególnie tych aktywnych zawodowo?*

Kwestią równie istotną i budzącą wątpliwości oraz otwarte dyskusje jest - w jakim zakresie, a także, od kiedy opieka medyczna powinna być prowadzona przez lekarza geriatrę, a kiedy przez lekarza rodzinnego.

Czy mając na względzie powyższe wątpliwości możemy ocenić - jaki powinien być zakres świadczeń i czy wyłącznie kryterium wieku może decydować o sposobie podejścia do człowieka (np. w podeszłym wieku vs średnim wieku)? Czy dysponujemy realnym do realizacji zakresem kompetencji lekarza rodzinnego i lekarza geriatry?

Dlatego tak ważne jest określenie i doprecyzowanie, gdzie w systemie opieki zdrowotnej należy „umieścić” specjalistyczne usługi geriatryczne. Natomiast - jak wskazuje analiza medycznego rynku pracy, przedstawiona wcześniej - popyt i zatrudnienie specjalistów geriatrów nie odpowiada zaawansowaniu starzenia demograficznego, tj. odsetka seniorów w populacji polskiej, jak również nie daje odpowiedzi, na jakim etapie medycznej opieki seniorów w systemie powinien pracować geriatra.

Kolejną ważną kwestią jest, w jakim stopniu i czy efektywnie realizowane są wszystkie etapy opieki medycznej - począwszy od profilaktyki, terapii, a kończąc na rehabilitacji. Niewystarczająca koordynacja w zakresie kolejnych etapów opieki medycznej, oderwanie opieki medycznej i społecznej sprawiają, że nieefektywnie wykorzystywane są istniejące zasoby obu systemów opieki, w których osoba potrzebująca nie zawsze może się odnaleźć.

Sytuacja taka budzi również inne wątpliwości - co do jakości świadczeń podmiotów gospodarczych, szybko wypełniających potrzeby rynku i nie zawsze mających na względzie dobro człowieka nad zysk ekonomiczny.

Nawet pojedyncze i negatywne przykłady z życia sprawiają, że otwartym pytaniem jest, czy w rozwiązaniu problemu nieprzestrzegania praw człowieka wystarczające są wyłącznie zapisy prawne oraz w jaki sposób obiektywnie ocenić zagrożenie i zwiększyć

efektywność przestrzegania prawa? Ale przede wszystkim, jakie podjąć działania prewencyjne, by zagwarantować bezpieczeństwo i odpowiednią jakość opieki.

Zdaniem autorki konieczna jest edukacja, promowanie społecznej postawy budującej sieć wsparcia, pielęgnowanie systemu wartości z upodmiotowieniem człowieka (np. w szkole, pracy, masmediach) oraz konsekwentne przestrzeganie prawa.

Ważnym, z punktu widzenia planowania w systemie opieki zdrowotnej i społecznej, jest uwzględnianie całościowej oceny stanu zdrowia populacji i jego determinant oraz przyjęcie określonych kryteriów (standardy) w zakresie opieki; profilaktyki, terapii, rehabilitacji.

Zagwarantowanie wszystkim dostępu do wiedzy - bez możliwości jej praktycznego wdrożenia - nie jest synonimem postępu. Ważne jest wypracowanie docelowego modelu opieki (kierunku transformacji systemu opieki zdrowotnej, społecznej), określenie podmiotów na rynku usług, przypisanie im kompetencji, umożliwienie realizacji zadań oraz monitorowanie jakości świadczeń. Nie zwalnia to jednak z konieczności permanentnej oceny potrzeb społecznych, zdrowotnych etc. i oceny możliwości ich zaspakajania w zakresie przyjętym za standard. Tym samym podejście takie umożliwi dokładniej określić grupy ryzyka związanego z wykluczeniem w celu podjęcia efektywnych działań zaradczych.

Wnioski:

- Wskaźniki demograficzne nie kształtują rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia.
- Konieczne jest określenie rzeczywistych potrzeb, nie zapotrzebowania na świadczenia (np. HALE), z jednoczesną ewaluacją potrzeb grup ryzyka na poziomie lokalnym.
- Konieczne jest sprecyzowanie zakresu obowiązków Lekarza Rodzinnego i Geriatry.
- Konieczne jest opracowanie algorytmów (standardów) opieki nad osobą starszą wg kryteriów biologicznych oraz określenie procedur w oparciu o możliwości systemu.
- Konieczna jest lepsza współpraca (koordynacja, kontynuacja) w zakresie opieki medycznej (lekarskiej, pielęgniarskiej) i społecznej.
- Konieczne jest monitorowanie jakości świadczeń w zakresie opieki nad osobą niepełnosprawną, oferowanych przez różne podmioty.
- Istnieje konieczność permanentnej oceny efektywności i bezpieczeństwa stosowanych procedur oraz ich kosztów (np. HTA, badania kliniczne IV fazy).
- Monitorowanie populacyjne -określenie grup ryzyka
- Konieczność edukacji w zakresie geriatry/gerontologii pracowników medycznych i pomocy społecznej.
- Edukacja społeczna - w tym decydentów - w zakresie gerontologii, zdrowia publicznego (promocji zdrowia) oraz na rzecz wolontariatu.
- Przygotowanie do starości nie tylko w wymiarze ekonomicznym, ale również w wymiarze zdrowia (zasada współodpowiedzialności, promocja zdrowia)
- Skuteczniejsza edukacja zdrowotna oraz edukacja terapeutyczna pacjentów.

- Konieczność równorzędnego traktowania wszystkich poziomów opieki medycznej (promocji zdrowia, profilaktyki, leczenia oraz rehabilitacji)
- Respektowanie Praw Człowieka (Karty Praw Pacjenta) przez wszystkie podmioty świadczące opiekę stałą i okresową.
- Elastyczny rynek i czas pracy, uwzględniający obowiązki opiekunów oraz ich wsparcie (merytoryczne, zadaniowe).
- Przeciwdziałanie pauperyzacji (dyskryminacji ze względu na płeć w zatrudnieniu i zarobkach) i ubóstwu sfeminizowanej populacji seniorów.
- Zaakceptowanie faktu, iż ubóstwo i wykluczenie (nie tylko w zakresie materialnym) stanowi ryzyko i przyczynę nierówności w zdrowiu.
- Opracowanie wielosektorowego programu - przeciwdziałającego polaryzacji społecznej (ekonomicznej) na przestrzeni całego życia, którego starość jest kolejnym etapem (w celu wyrównania różnic w zdrowiu i jego determinantach).
- Konieczność podjęcia działań w celu uzyskania odpowiedzi na pytania, problemy:
 - Czy liczba lekarzy, w tym lekarzy rodzinnych i geriatrów jest wystarczająca?
 - Czy liczba pielęgniarek, opiekunów społecznych jest wystarczająca?
 - Czy wystarczające jest zmotywowanie społeczne do podjęcia wolontariatu w zakresie opieki?
 - Czy istnieje wystarczający system wsparcia psychologicznego, logistycznego, finansowego opiekunów osób niepełnosprawnych?
 - Czy istnieje wystarczająco elastyczny system pracy dla opiekunów w wieku produkcyjnym?
 - Gdzie w systemie ochrony zdrowia umieścić zadania lekarza geriatry?
 - Czy istnieją standardy/algoritm postępowania, czy tylko kryterium wieku - dla kogo lekarz rodzinny, dla kogo geriatra?
 - Kto i w jakim zakresie powinien zajmować się promocją zdrowia i edukacją terapeutyczną (obowiązki, finansowanie)?
 - Jaka jest wrażliwość systemu na zmiany populacyjne, mierząc dostępność i dynamikę kadrową (alokacji środków finansowych i kadr)?
 - Sposób określenia grup pacjentów wymagających szczególnej troski oraz możliwość dotarcia (grupy ryzyka).
 - Czy wskaźniki demograficzne (% osób 65+) są wystarczającym probierzem popytu na usługi?

Piśmiennictwo:

1. A. Gębska - Kuczerowska: Sytuacja społeczno - zdrowotna osób w podeszłym wieku w Polsce. Raport. Szkoła Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej CMKP - Zakład Epidemiologii i Biostatyki, Państwowy Zakład Higieny – Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego, Warszawa 2005, s. 1-26 (raport wykonany na zlecenie Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia)
2. B. Szatur – Jaworska: Wnioski i rekomendacje II,2,4,7,8,10. Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Red. B. Szatur - Jaworska. Warszawa 2008. Biuletyn RPO - Materiały Nr 65

3. E. Trafiałek: Wnioski i rekomendacje II.5. Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Red. B. Szatur - Jaworska. Warszawa 2008. Biuletyn RPO - Materiały NR 65
4. Health Consumer Powerhouse AB - Raport -Euro Health Consumer Index 2008
5. M. Barcikowska i inni. Raport - Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2006, tom 15, zeszyt 3
6. M. Halicka: Wnioski i rekomendacje II.6,8. Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Red. B. Szatur - Jaworska. Warszawa 2008, Biuletyn RPO - Materiały Nr 65
7. M. Miller, A. Gębska - Kuczerowska, P. Supranowicz, M. J. Wysocki: Zadowolenie emerytów i rencistów z opieki zdrowotnej w szpitalach. Badania Naukowe 2007, 21 - 2, 3. Międzynarodowa Konferencja Naukowa Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego „Środowisko człowieka a jego zdrowie”. Kielce 14-16.09.2007
8. M. Miller, P. Supranowicz, A. Gębska - Kuczerowska, J. Car: Ocena poziomu satysfakcji pacjentów leczonych na terenie województwa mazowieckiego. CMKP. Warszawa 2007. s. 1-100
9. M. Miller, A. Gębska - Kuczerowska, J. Putz: Zdrowie publiczne w praktyce lekarza rodzinnego (w:) Problemy Medycyny Rodzinnej, Grudzień 2006, Vol. VIII, Nr 4, 69-73
10. P. Szukalski: Wnioski i rekomendacje II 1,9 (w:) Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Red. B. Szatur - Jaworska. Warszawa 2008. Biuletyn RPO - Materiały Nr 65
11. P. Błędowski. Wnioski i rekomendacje II 3,9 (w:) Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Red. B. Szatur - Jaworska. Warszawa 2008. Biuletyn RPO - Materiały Nr 65
12. P. Goryński, I. Sakowska, A. Gębska – Kuczerowska: Raport z realizacji projektu badawczego EUNAAPA –WP6, PZH, 2008
13. „Puls” – miesięcznik OIL w Warszawie im. Prof. Jana Nielubowicza, 2007/2008
14. Stanowisko Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce - dotyczące roli geriatrii w systemie ochrony zdrowia w Polsce, Poznań 2005
15. WHO – HFA – db. 2008