Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu

Realizacja prawa do opieki długoterminowej

Jakub Berezowski
Beata Guzak

PWSZ
W RACIBORZU

Realizacja prawa do opieki długoterminowej

Jakub Berezowski
Beata Guzak

Racibórz 2016

Rada Wydawnicza Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu:
prof. dr hab. inż. arch. Jacek Włodarczyk, dr hab. Franciszek Nieć, dr hab. inż. Bogdan Wysogląd, dr hab. Jarosław Cholewa, dr hab. Leszek Karczewski, dr Jacek Molęda

Recenzja: dr hab. Stanisław Grycner, dr Mariola Rybka

Opracowanie techniczne, okładka: Janusz Krajewski

Druk i oprawa: ATB Studio,
43-410 Zebrzydowice, ul. Ks. Janusza 17

Dystrybucja:
- „Skrypciarnia", 47-400 Racibórz, ul. Słowackiego 55
- www.pwszrac.pl (podstrona „Wydawnictwo")

ISBN 978-83-60730-91-1

Copyright © by Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu, 2016
Wszelkie prawa zastrzeżone przez Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Raciborzu. Żadna część tej pracy, jak i całość, nie może być powielana czy rozpowszechniana w jakiejkolwiek formie i w jakikolwiek sposób, bądź elektroniczny, bądź mechaniczny, włącznie z fotokopiowaniem, skanowaniem, nagrywaniem na wszelkie nośniki elektroniczne lub przy użyciu innych systemów, bez pisemnej zgody wydawcy.

SPIS TREŚCI

WSTĘP 7

Rozdział 1. Prawo do opieki długoterminowej 9

1.1. Zakres pojęciowy i definicyjny opieki długoterminowej 9
1.2. Uwarunkowania społeczne..... 14
1.3. Prawo do ochrony zdrowia a prawo do opieki długoterminowej 18
1.4. Prawo do opieki społecznej a prawo do opieki długoterminowej 22
1.5. Przewidywany kierunek zmian systemowych w opiece długoterminowej. 32

Rozdział 2. Świadczenia opieki długoterminowej 43

2.1. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki długoterminowej .. 43
2.2. Finansowanie świadczeń opieki długoterminowej w ramach NFZ 50
2.3. Standardy realizacji świadczeń opieki długoterminowej..... 61
2.4. Prawa pacjenta opieki długoterminowej 73
2.5. Prawne procedury rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń opieki długoterminowej 77
2.6. Odpowiedzialność za udzielanie świadczeń opieki długoterminowej..... 83

Rozdział 3. Podmioty świadczące opiekę długoterminową..... 95

3.1. Formy prowadzenia opiekuńczych podmiotów stacjonarnych ZOL i ZOP 95
3.2. Obligatoryjne warunki sanitarne i techniczne dla podmiotów świadczących opiekę długoterminową..... 106
3.3. Dokumentacja medyczna w opiece długoterminowej 108
3.4. Wymogi kadrowe i kompetencyjne w podmiotach świadczących opiekę długoterminową..... 112

Rozdział 4. Organizacja systemu opieki długoterminowej..... 131

4.1. Kompetencje administracji publicznej w zakresie opieki długoterminowej 131
4.2. Podnoszenie jakości świadczeń w opiece długoterminowej..... 137
4.3. Funkcje planistyczne w opiece długoterminowej 143

ZAKOŃCZENIE 147

BIBLIOGRAFIA 149

AUTORZY ROZDZIAŁÓW

Jakub Berezowski - rozdziały: 1, 2, 3.1, 4.1, 4.3
Beata Guzak - rozdziały: 3.2, 3.3, 3.4, 4.2

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

k.c. - ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U. Nr 16, poz. 83 z późn. zm.)

k.k. - ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz.U. Nr. 88, poz. 553 z późn. zm.)

k.r.o. - ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. Nr 9, poz. 59 z poźn. zm.)

konstytucja - Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

u.d.l. - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654)

u.p.p. - ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz.417 z późn. zm.)

u.p.s. - ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn.: Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.)

Inne

DPS - Dom Pomocy Społecznej

NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia

ZOL - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

ZPL - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

SPZOZ - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

NZOZ - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

WHO - Światowa Organizacja Zdrowia

ZPL - Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

WSTĘP

Starzenie się społeczeństwa jest obecnie jednym z najważniejszych problemów współczesnego świata. Zjawisko to ma swoje poważne konsekwencje w ekonomicznej, prawnej i społecznej sferze funkcjonowania każdego państwa. Wydłużenie życia jest przede wszystkim wyzwaniem dla systemów zabezpieczenia społecznego, tym bardziej, ze towarzyszy mu spadek dzietności i ujemny wskaźnik demograficzny. W najlepiej rozwiniętych krajach osoby starsze stanowią najszybciej rosnącą grupę społeczną, wśród której zwiększa się z kolei liczba osób dożywających sędziwego, a nawet bardzo sędziwego wieku. Wystarczy wspomnieć, że w Polsce liczba stulatków w ciągu ostatnich sześciu lat podwoiła się, by obecnie wynieść 2150 osób. W zasadzie można stwierdzić, że we wszystkich najwyżej rozwiniętych krajach normą będzie średnia długość życia oscylująca wokół 80. roku życia.

Tak gwałtownie zmieniająca się struktura społeczna powoduje konieczność zwiększania wydatków publicznych, które przeznaczane będą na różne sfery działania administracji publicznej. Tym bardziej, że obecnie mamy do czynienia z nasilającym się rozpadem więzi rodzinnych i marginalizacją rodzin wielopokoleniowych, w związku z czym ciężar bieżącej opieki nad osobami niesamodzielnymi będzie w głównej mierze ponosić państwo.

Jednym z największych problemów dla wielu państw pozostanie system zabezpieczenia emerytalnego. Zwiększa się stopniowo grupa osób uprawnionych do emerytury, a ponadto osoby przechodzące na emeryturę coraz dłużej ją pobierają. Ponadto w obliczu zmniejszającej się dzietności coraz mniejsza liczba osób jest aktywna zawodowo. Pozostaje, jak się wydaje, tylko jedno wyjście. Polega ono na zwiększaniu obciążeń publicznoprawnych w formie podatków lub składek ubezpieczenia społecznego. Towarzyszy temu jednocześnie podwyższanie wieku emerytalnego i stopniowe obniżanie wysokości świadczeń emerytalnych. Najczęściej podwyżki podatków i składek będą równoległe z racji dofinansowania z budżetu państwa funduszu ubezpieczeń i wypłat emerytur budżetowych. Z taką polityką obecnie mamy do czynienia w Polsce. Jednakże jest to strategia, która nie będzie znajdowała akceptacji w społeczeństwie, a co za tym idzie, jej mała popularność polityczna nie będzie mogła stać się hasłem wyborczym zwycięskich partii politycznych. Dzisiaj partia polityczna mająca największe poparcie w Polsce, czyli Prawo i Sprawiedliwość, w swoim programie zapowiada zniesienie podwyższenia wieku emerytalnego i powrót do możliwości przejścia na emeryturę dla kobiet w wieku 60 lat (przy 20-letnim stażu pracy) i dla mężczyzn w wieku 65 lat (przy 25-letnim stażu pracy). Taka propozycja programowa powrotu do zasad emerytalnych nie jest, jak sądzimy, dobrym rozwiązaniem, chyba że będzie wiązała się z istotnym ograniczeniem wysokości świadczeń emerytalnych.

W niektórych krajach problemy demograficzne są rozwiązywane przez politykę imigracyjną, która jednak w konsekwencji często powoduje napięcia

społeczno-polityczne. Na obszarze Unii Europejskiej, wobec swobody przepływu osób i kapitału, możemy mówić o migracji określonych nacji czy grup zawodowych. Taka polityka migracyjna może stanowić doskonałe rozwiązanie dla zamożnych państw zachodniej Europy i jednocześnie być niekorzystna dla państw uboższych, takich jak Polska, które będą ponosiły koszty wykształcenia i wychowania młodych migrujących ludzi, którzy zasilą inną gospodarkę i zarazem inny system emerytalny.

Wobec problemu wieku emerytalnego rewolucyjnym rozwiązaniem byłoby uzależnienie możliwości przechodzenia na emeryturę od osiągnięcia określonego stopnia biologicznego zestarzenia się. W takiej sytuacji wiek emerytalny byłby ruchomy i określany w sposób indywidualny, podobnie jak uprawnienia świadczeń rentowych. Pomimo teoretycznych możliwości wprowadzenia takiego systemu, w praktyce trudno sobie wyobrazić zgodę społeczeństwa na taki wariant.

Kolejnym nie mniej poważnym problemem, związanym ze starzejącym się społeczeństwem, jest konieczność zmian w prowadzonej polityce społecznej, połączonych z bardzo istotnym zwiększeniem nakładów na świadczenia opieki społecznej przeznaczone dla osób starszych o rożnym stopniu niesamodzielności. Już teraz opieka nad osobami niesamodzielnymi stanowi poważne wyzwanie organizacyjne i finansowe przede wszystkim dla samorządu terytorialnego. Z drugiej strony rosnąca liczba seniorów, którzy stanowią znaczący elektorat wyborczy, inicjuje lokalne przedsięwzięcia, mające na celu zapewnić tej grupie społecznej bezpieczną, ale również atrakcyjną starość. Wobec tego łatwo można wyprowadzić wniosek, iż w najbliższej przyszłości osoby starsze będą w centrum uwagi władz lokalnych. Spowoduje to duże zaangażowanie w politykę senioralną władz samorządowych zarówno pod względem finansowym jak i organizacyjnym.

Trzecim zakresem działań władz publicznych ukierunkowanym na rozwiązywanie problemów osób starszych jest ochrona zdrowia. Osoby starsze nie tylko wykazują znacząco zwiększone potrzeby na świadczenia opieki zdrowotnej każdego rodzaju, w tym podstawową opiekę zdrowotną, czy leczenie szpitalne, ale również ze względu na stan swojego zdrowia coraz częściej wymagają objęcia profesjonalną opieką długoterminową. Dostępność tej opieki będzie musiała się systematycznie zwiększać niezależnie od zintegrowanych działań władz publicznych, dotyczących opieki społecznej ukierunkowanej na rozwiązywanie problemów niesamodzielności. Niniejsza praca poświęcona jest właśnie opiece długoterminowej, która obecnie pełni niezwykle ważną rolę w zaspakajaniu potrzeb wynikających z niesamodzielności spowodowanej zniedołężnieniem starczym. Celem autorów jest kompleksowa charakterystyka i analiza rozwiązań prawnych i organizacyjnych dotyczących opieki długoterminowej jako elementu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ponadto dokonana zostanie ocena obowiązujących i proponowanych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej i jej wpływu na sytuację ekonomiczna społeczno-polityczną państwa.

Niniejsza publikacja powstała w stanie prawnym obowiązującym we wrześniu 2015 roku.

Autorzy

ROZDZIAŁ 1.
PRAWO DO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

1.1. Zakres pojęciowy i definicyjny opieki długoterminowej

W polskim systemie ochrony zdrowia opieka długoterminowa nie jest w szczególny sposób wyodrębniona. Mowa tutaj o wszystkich zakresach możliwego wyodrębnienia. Po pierwsze brak jest jakichkolwiek normatywnych definicji ustawowych opieki długoterminowej. Nie zostały stworzone żadne normy regulujące w sposób szczególny prawo do opieki długoterminowej, jej zakres, sposób realizacji, kompetencje administracji publicznej czy system finansowy. Braki unormowań bardzo mocno dotykają ochrony zdrowia we wszystkich zakresach, w związku z czym mówimy o sytuacji standardowej.

Ministerstwo Zdrowia w swoich dokumentach odwołuje się do definicji Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Pierwsza z tych organizacji opiekę długoterminową traktuje jako zakres świadczeń udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania. W ramach tej opieki dostarczana jest potrzebującym pomoc medyczna, leczenie bólu, farmakoterapia, monitorowanie stanu zdrowia, prewencja, rehabilitacja oraz opieka paliatywna. Opieką długoterminową są zazwyczaj objęte osoby, które potrzebują jej ze względu na swój stan psychiczny i fizyczny wynikający najczęściej z osiągnięcia podeszłego wieku[1]. Natomiast WHO definiuje opiekę długoterminową jako integralną część ochrony zdrowia, związaną z działaniami na rzecz osób potrzebujących, realizowanymi przez opiekunów nieformalnych, formalnych, a także tradycyjnych opiekunów i wolontariuszy[2]. Komisja Europejska w swoim dokumencie dotyczącym opieki długoterminowej zwraca uwagę, że w państwach członkowskich opieka długoterminowa definiowana jest w różny sposób. Wynika to z różnych ujęć funkcjonalnych opieki długoterminowej, która realizowana jest na wielu poziomach organizacyjnych oraz znajduje się w katalogu kompetencyjnym wielu różnych organizacji, takich jak administracja publiczna czy sektor prywatny. Znaczne różnice spowodowane są również różnym zaangażowaniem komponentów opieki społecznej i opieki zdrowotnej w opiekę długoterminową w państwach członkowskich. Wynika to z odmiennego traktowania opieki długoterminowej, która może być elementem polityki społecznej lub zdrowotnej w danym kraju.

---

[1] European Commision, *Long Term Care in the European Union, s. 3*. Dokument dostępny na stronie www.ec.europa.eu

[2] Definicja pochodzi ze strony www.who.int

Różne też są źródła finansowania opieki długoterminowej oraz narzędzia służące do jej realizacji[3].

Definicja opieki długoterminowej podana przez Ministerstwo Zdrowia traktuje opiekę długoterminową jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji. Wydaje się, że takie ujęcie jest niezwykle szerokie i odnosi się do pełnego zakresu świadczeń opiekuńczych, które są dostarczane przez system opieki zdrowotnej i system opieki społecznej osobom niesamodzielnym ze względu na wiek, niepełnosprawność czy przewlekłą chorobę. Wyodrębnienie takiego systemu świadczeń opiekuńczych faktycznie ostatnio jest szeroko dyskutowane szczególnie w kontekście postępującego starzenia się społeczeństwa.

Warto wspomnieć w tym miejscu o próbie uporządkowania pojęć podjętej przez autorów dokumentu *Opieka długoterminowa w Polsce.* Postulują oni nie tylko wyodrębnienie organizacyjne świadczeń opiekuńczych, ale również koordynację systemu oraz wprowadzenie dodatkowego, powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego. Nie można odmówić racji autorom dokumentu, że bez wprowadzenia takiego ubezpieczenia opieka nad osobami niesamodzielnymi będzie w niedalekiej przyszłości utrudniona. W przedmiotowym dokumencie przyjęto definicję opieki długoterminowej jako profesjonalne lub nieprofesjonalne, intensywne i długotrwałe usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne świadczone osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji) w zakresie odżywiania, przemieszczania, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego[4].

Według A. Mitek opiekę długoterminową można określić jako całodobowe świadczenie zdrowotne, obejmujące swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów przewlekle i obłożnie chorych, której celem jest ich rekonwalescencja. W ramach opieki długoterminowej zapewniane są środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych[5].

Pojęcie niesamodzielności jest stosunkowo nowe i stanowi próbę ujednolicenia przedmiotu kompetencji władz i podmiotów opiekuńczych w zakresie świadczeń opiekuńczych nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi. Ł. Jurek podaje definicję niesamodzielności jako stan ograniczający zdolność wykonywania czynności codziennego życia, powodujący konieczność wsparcia ze strony innych osób[6]. Znane jest również pojęcie anglojęzyczne - *activities of daily living (ADLs)* -

[3] European Commision, *Long Term Care in* …, s. 4.

[4] M. Augustyn, *Opieka długoterminowa w Polsce*, Warszawa 2010, s. 12.

[5] A. Mitek, *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Szczecińskiego* nr 34, Szczecin 2013, s. 224.

[6] Ł. Jurek, *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2012, s. 132.

jako termin używany w ochronie zdrowia, określający podejmowane czynności niezbędne do samodzielnej egzystencji w domu i poza nim. Zdolność lub niezdolność do wykonywania tych czynności jest miernikiem funkcjonalnego statusu danej osoby, która z powodu starości lub niepełnosprawności jest niesamodzielna[7]. B. Więckowska z kolei używa pojęcia niedołęstwa starczego (ang. *old-age infirmity)* w kontekście ubezpieczenia pielęgnacyjnego, które oznacza niewydolność życiową osoby w wieku starczym, wymagającej wsparcia w zakresie co najmniej jednej czynności życia codziennego[8].

Dla pełnej charakterystyki opieki długoterminowej konieczne jest odniesienie się do pojęć medycznych. Na szczególną uwagę zasługuje pojęcie Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG), która jest „wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych[9]. Medyczna kwalifikacja pacjenta, zwanego medycznie pacjentem geriatrycznym, określa zakres konieczności objęcia specjalistyczną opieką medyczną, w tym opieką długoterminową.

Obecny system szeroko rozumianej opieki długoterminowej w Polsce wykazuje cechy dwubiegunowości. Jeden biegun to świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przez podmioty powołane do realizowania takich świadczeń. Najważniejsze rolę spełniają tutaj Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze i Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze oraz podmioty świadczące opiekę długoterminową w domu chorego. Ponadto w systemie opieki zdrowotnej w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych opieka długoterminowa świadczona jest również przez lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej, pielęgniarki środowiskowe, specjalistyczne przychodnie geriatryczne, szpitale, podmioty rehabilitacyjne. Należy wspomnieć, że w opiekę długoterminową zaangażowany jest również system Państwowego Ratownictwa Medycznego, które niejednokrotnie (wbrew swojemu normatywnemu przeznaczeniu) angażowany jest w Podstawową Opiekę Zdrowotną.

Drugi biegun opieki długoterminowej to wykonywana przez system opieki społecznej opieka nad osobami niesamodzielnymi, w szczególności niepełnosprawnymi i starszymi. System ten obejmuje również swoim zasięgiem

---

[7] Definicja w tłumaczeniu autora pochodzi ze strony www.en.m.wikipedia.org

[8] B. Więckowska, *Dobrowolne ubezpieczenie niedołęstwa starczego-ubezpieczenie pielęgnacyjne.* Publikacja na stronie www.rzu.gov.pl

[9] Za B. Bień (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej,* Warszawa 2012 (materiały dostępne na stronie www.mz.gov.pl); L. Z. Rubenstein, *An overview of comprehensive geriaric assesment*. In Rubenstei L Z, Wieland D., Bernabei R. (eds), *Geriatric Assesment Technology*. The State of Art. Milan, Editrice Kurtis, 1995, pp 1-9.

podmioty prywatne i organizacje pozarządowe, które w przewidzianych formach organizacyjnych dostarczają świadczeń opiekuńczych.

Poza systemem pozostaje trudna do sklasyfikowania opieka nieformalna, świadczona w warunkach domowych nie tylko przez osoby bliskie, ale również wynajętych opiekunów. Opieka taka może również przybrać formy stacjonarne, z czym coraz częściej mamy do czynienia.

Ze względu na brak wyodrębnienia normatywnego i systemowego w pracy wezmę jedynie pod uwagę opiekę długoterminową świadczoną w ramach systemu ochrony zdrowia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą głównie na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jedynie ten zakres świadczeń opiekuńczych, finansowanych ze środków publicznych, daje się właściwie scharakteryzować. Ponadto właśnie świadczenia opieki długoterminowej można sklasyfikować jako podgrupę świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pomimo braku obowiązującej definicji normatywnej. W celu zbudowania definicji świadczeń opieki długoterminowej należy się odwołać do pojęć przywoływanych przez Ministerstwo Zdrowia oraz pojęć ustawowych regulujących działalność leczniczą.

Definicja opieki długoterminowej według Ministerstwa Zdrowia oznacza całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji[10]. Taki zakres opieki długoterminowej można w odróżnieniu od powołanego wyżej scharakteryzować również mianem opieki długoterminowej w wąskim znaczeniu.

W uzupełniający sposób również u.d.l. definiuje w określonym zakresie świadczenia opieki długoterminowej stacjonarnej. Zgodnie ze słownikiem podanym w art. 2 ustawy, świadczenia zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Słownik stosuje definicję negatywną w oparciu o świadczenia szpitalne i świadczenia opieki długoterminowej, świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne zalicza, obok świadczeń rehabilitacyjnych, hospicyjnych i innych, do katalogu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Ustawodawca precyzuje świadczenia stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne i nadaje im możliwość przybrania dwóch form. Pierwsza forma zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 polega na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz na zapewnieniu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także na prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do

[10] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2012, s. 5.

samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Takie świadczenia są udzielane zgodnie z art. 12 ust. pkt 1 w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Druga forma polega na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnieniu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Ten rodzaj świadczeń udzielany jest w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym zgodnie z art. 12 ust. 1 pkt. 2^{11}. Warto zwrócić uwagę, że świadczeni pielęgnacyjno-opiekuńczych obejmują dodatkowo opiekę, co jedynie w niewielkim stopniu odróżnia je od świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Biorąc za podstawę wyżej wymienione pojęcia, można scharakteryzować opiekę długoterminową jako zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegający na udzielaniu świadczeń pielęgniarskich i rehabilitacyjnych, a także zapewnieniu wyrobów medycznych i świadczeń bytowych (dla osób wymagających opieki stacjonarnej) osobom niepełnosprawnym i niesamodzielnym niewymagającym hospitalizacji. Opieka długoterminowa pozostająca w systemie opieki zdrowotnej udzielana jest przez specjalistyczne podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Dla potrzeb niniejszej pracy warto również ustalić pojęcie osoby starszej, jako potencjalnego odbiorcy świadczeń opieki długoterminowej. Najczęściej używanym określeniem osoby starszej jest kontekst ukończenia określonego wieku, czyli długość dotychczasowego życia. Dla potrzeb statystycznych granicą starości jest wiek sześćdziesięciu pięciu lat. Do niedawna również ten wiek był wiekiem emerytalnym (dla mężczyzn), co oznacza, iż miał swoje umocowanie w obowiązującym prawie. Obecnie wiek emerytalny w Polsce, na wzór innych krajów europejskich (np. Niemcy, Szwecja), został podwyższony do 67 lat. Na gruncie obowiązującego prawa nie zdefiniowano pojęcia osoby starszej. Wykorzystywane jest natomiast przez ustawę o pomocy społecznej pojęcie osoby w podeszłym w wieku w kontekście wprowadzenia kategorii domów pomocy społecznej. Ustawa ta formułuje również granicę wieku 75 lat, której przekroczenie uprawnia do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego. Według S. Niteckiego niewprowadzenie przez ustawodawcę w ustawie o pomocy społecznej jasnych kryteriów dla pojęcia osoby starszej nie jest właściwe. Powoduje to konieczność wykorzystywania rożnych pojęć i wprowadzania zróżnicowanych przedziałów wiekowych uprawniających do określonych świadczeń[12]. Trafnie wypowiedział się

[11] Dla uzupełnienia warto dodać że według słownika ustawy o d.l. świadczenia szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych .

[12] S. Nitecki, *Rodzaje świadczeń przysługujących osobom starszym w systemie pomocy społecznej*, [w:] A. Wilk, M. Gołowkin-Hudała (red. naukowa), *Prawne aspekty starości*, Warszawa 2014 r., s. 18.

w tym zakresie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, który w wyroku z dnia 21 grudnia 2007 r. (Sygnatura Akt: IV SA/Wa 436/06) stwierdził, że prawnie niedookreślone pojęcie - „osoby w podeszłym wieku" zobowiązuje organ stosujący ustawę o pomocy społecznej do wskazania, jak dokonano tej interpretacji.

1.2. Uwarunkowania społeczne

Wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej wynika z uwarunkowań demograficznych. Szybki proces starzenia się społeczeństwa ujawnił rosnące potrzeby wsparcia publicznego dla starszych, niesamodzielnych osób, u których wiek w połączeniu z przewlekłymi chorobami generuje rosnący popyt na świadczenia zdrowotne i opiekuńcze. Coraz powszechniejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, zmiana trybu życia, względny okres pokoju to niektóre powody coraz dłuższego życia kobiet i mężczyzn na całym świecie. Oczywiście, zjawisko to nasiliło się szczególnie w krajach wysoko rozwiniętych, w których gwałtowny proces starzenia się społeczeństwa trwa co najmniej 30 lat. Starzenie się społeczeństwa oznacza nie tylko powszechne przekraczanie umownej granicy starości, czyli 65 lat życia, ale również dożywanie sędziwej starości. Z danych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wynika, że dzieci urodzone w 2012 roku w Japonii osiągną przewidywaną długość życia (ang. *life expectacy)* na poziomie 87 lat wobec średniej długości życia obecnie wynoszącej 83 lata. Również spodziewaną wysoką średnią życia, oscylującą wokół 85 lat, osiągną kraje najwyżej rozwinięte, jak Szwajcaria, Francja Włochy, Australia czy Korea Południowa. Według danych WHO w krajach najbiedniejszych i najsłabiej rozwiniętych przewidywalna długość życia od roku 1990 do 2012 wzrośnie niezwykle gwałtownie, bo nawet w niektórych przypadkach około 20 lat. Dla przykładu: w Liberii 20 lat (ze średniej 42 lata do spodziewanej 62 lata), w Etiopii 19 lat (odpowiednio 45 do 64), czy w Kambodży 18 lat (odpowiednio 54 do 72). Głównym powodem takiego spektakularnego wzrostu będzie przede wszystkim redukcja umieralności dzieci poniżej piątego roku życia[13].

Analiza demografii polskiego społeczeństwa wskazuje, że w 2010 r. osób, które osiągnęły próg starości demograficznej (65 lat), było w Polsce 13,5 %. Osoby te stanowiły w 2009 r. 23% pacjentów ogółem w ramach świadczeń finansowanych z NFZ[14]. Prognozy demograficzne wskazują, iż do 2035 roku ludzi, którzy skończą 65 lat, będzie aż o 65 % więcej niż w 2010 r. Wydłużanie długości życia ma również swoje konsekwencje w zjawisku tzw. podwójnego starzenia się ludzi (ang. *double ageing),* czyli poszerzającej się podgrupy osób sędziwych (powyżej 80 roku życia) w grupie osób starszych (powyżej 65 roku życia)[15].

[13] dane ze strony www.who.int

[14] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2012, s. 10

[15] A. Abramska-Kmon, *O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności*, Studia demograficzne 1 (159) 2011, s. 4.

Według danych zawartych w Narodowym Programie Zdrowia: „[…] w ciągu ostatnich 13 lat przeciętna długość życia wzrosła o 4,6 lat w przypadku mężczyzn i o 4 lata w przypadku kobiet. Z kolei w 2004 roku wynosiła 70,7 lat dla mężczyzn i 79,2 lat dla kobiet. Generalnie jednak należy stwierdzić, że stan zdrowia Polaków jest gorszy niż mieszkańców pozostałych krajów Unii Europejskiej. Długość życia w Polsce jest wyraźnie krótsza niż przeciętna dla wszystkich 25 krajów Unii Europejskiej – o 4,6 lat dla mężczyzn i o 2,5 lat dla kobiet (dane za 2003 rok)”[16]. Autorzy Narodowego Programu Zdrowia powołują również szacunki WHO z 2002 roku, według których Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 65,8 lat (63,1 mężczyźni i 68,5 lat kobiety), czyli około 4,9 lat krócej niż przeciętnie mieszkańcy krajów Unii Europejskiej, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu Szwedów wynosi 7,5 lat. Również wskaźnik umieralności w Polsce jest wyższy od przeciętnego w krajach wspólnoty we wszystkich grupach wiekowych z wyjątkiem młodych kobiet w wieku 15-29 lat[17].

Dane te dają podstawy do wniosku, iż system ochrony zdrowia czekają ogromne trudności organizacyjne i finansowe związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom starszym. Co więcej, można śmiało zaryzykować stwierdzenie, iż publiczny system opieki zdrowotnej w obecnym kształcie nie jest w stanie zagwarantować opieki zdrowotnej starzejącemu się społeczeństwu. Należy tu wskazać liczne czynniki na to wpływające. Największą trudnością jest to, iż ludzie starsi znacznie częściej chorują niż młodsza część populacji. Choroby te mają również cięższy przebieg, niejednokrotne są przewlekłe. Bardzo często osoby starsze cierpią równocześnie na kilka chorób przewlekłych, które wymagają ciągłego leczenia. Leczenie tej kategorii chorych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego będzie coraz większym wyzwaniem dla systemu, będzie również powodowało malejącą dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla ogółu ubezpieczonych. Pomimo globalizacji procesu starzenia się społeczeństwa, paradoksalnie, jak podaje Ł. Jurek, do takich zmian demograficznych najlepiej przygotowane są społeczeństwa zachodnioeuropejskie, w których zjawisko to zaczęło się kilkadziesiąt lat temu. Dzięki temu w krajach tych, które ponadto są najzamożniejsze, przygotowano zasoby finansowe i zorganizowano odpowiedni system wsparcia dla osób niesamodzielnych[18]. Niektóre z tych rozwiązań mają szanse być implementowane do polskiego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Mowa tu przede wszystkim o ubezpieczeniu opiekuńczym, które może przybrać formę ubezpieczenia powszechnego i obowiązkowego. Właśnie z takim ubezpieczeniem, które jest formą ubezpieczenia społecznego i gwarancją zabezpieczenia ryzyka opieki długoterminowej w formie domowej lub stacjonarnej, mamy do czynienia w Niemczech (niem. *Pflegevrischerung)*,[19].

[16] Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., s. 12.

[17] *Ibidem* s. 12.

[18] Ł. Jurek, *Ekonomia*…, op. cit. s. 26.

[19] Definicja ze strony www.de.m.wikipedia.org/wiki/ Pflegevrischerung

Osoby starsze są jedną z najistotniejszych grup odbiorców świadczeń opieki zdrowotnej w kategorii - leczenie szpitalne. Przeprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia analiza wskazuje, iż okres zapotrzebowania na szereg usług medycznych właściwych dla wieku starości wydłuża się i przesuwa w kierunku osób coraz starszych. Osoby powyżej 65 roku życia stanowiły w 2010 r. 13,20% całej populacji naszego kraju. Natomiast wśród osób leczonych w ramach lecznictwa szpitalnego osoby te stanowią średnio 26,30%. Dane te wyraźnie obrazują aktualną sytuację demograficzną oraz konsekwencje dla prowadzenia polityki zdrowotnej w części dotyczącej osób starszych[20]. Należy pamiętać, że hospitalizacja osób starszych będzie wartością rosnącą, pomimo tego, iż system udzielania świadczeń zdrowotnych wyraźnie dąży do ograniczenia hospitalizacji. Dotyczy to zarówno długości hospitalizacji, jak i przeniesienia części świadczeń zdrowotnych, w tym diagnostyki, do ambulatorium. Takie ograniczanie pozostaje wyraźnie w sprzeczności z zapotrzebowaniem starszej części społeczeństwa na długotrwałą hospitalizację, niejednokrotnie traktowaną jako działania opiekuńcze a nie lecznicze. Pomimo iż brak jest wiarygodnych danych, łatwo zaobserwować i stwierdzić, iż starsi pacjenci często leczą się w małych powiatowych szpitalach. Młodsi, zamożniejsi pacjenci dążą do leczenia w ośrodkach renomowanych, korzystając z nieformalnych źródeł dostępu do szpitali wojewódzkich i klinicznych.

Rosnące zadłużenie szpitali oraz zmiany w ustawodawstwie doprowadzą w niedługim czasie do prywatyzacji dużej liczby jednostek oraz likwidacji czy prywatyzacji pozostałych. Taki proces zmieniający strukturę szpitali w Polsce z pewnością ograniczy dostępność do pożądanej hospitalizacji osób starszych. Również podstawowa opieka zdrowotna w obecnym układzie nie jest w stanie sprostać rosnącej populacji starszych osób. Lekarz POZ średnio obejmuje opieką około 2500 pacjentów. Finansowanie tej kategorii świadczeń odbywa się w często krytykowany sposób, czyli poprzez opłacanie stawki kapitacyjnej za jednego pacjenta.

Potrzeby starzejącego się społeczeństwa powinny znaleźć odzwierciedlenie w zmianach systemu opieki zdrowotnej, ponieważ to tam najczęściej w sposób naturalny trafiają starsi pacjenci potrzebujący świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Dostosowanie systemu będzie wymagało rozległych zmian organizacyjnych w systemie poprzez stworzenie ambulatoryjnej opieki geriatrycznej, a także zwiększenie liczby zakładów opiekuńczych i dostosowanie ich do potrzeb osób starszych. Nie bez znaczenia jest postępujący realny wzrost cen świadczeń zdrowotnych, których rosnąca jakość paradoksalnie wpływa na długość życia.

Problemy zdrowotne osób starszych wpływają na głębokie postępujące dysfunkcje organizmu, które utrudniają lub uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie. Takie osoby potrzebują nie tylko wzmożonej opieki medycznej i pielęgnacyjnej, ale również opieki bytowej, która umożliwi im dalsze życie.

[20] *Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2009 r.,* Centrala NFZ. Departament Świadczeń Zdrowotnych. Warszawa 2010.

Potrzeby takie oznaczają pomoc, w zależności od stanu zdrowia i wynikającej z niej ograniczonej samodzielności, we wszystkich czynnościach życia codziennego, jak jedzenie, ubieranie, higiena czy rekreacja. Na zapewnienie takich potrzeb w systemie opieki zdrowotnej nie ma miejsca. Pozostaje więc rodzina, ewentualnie prywatny sektor opiekuńczy. Problem w tym, iż znacząca większość osób starszych otrzymuje zasiłki emerytalne na stosunkowo niskim poziomie, często nawet na granicy ubóstwa. W przeszłość odchodzi również model rodziny wielopokoleniowej, w której funkcje opieki nad najstarszymi osobami przyjmowali na siebie młodsi członkowie rodziny. W takich uwarunkowaniach to państwo niestety będzie musiało wziąć na siebie rosnący ciężar niesamodzielności starzejącego się społeczeństwa. Za tę część działań państwa odpowiada system opieki społecznej, który również obecnie nie jest dostosowany do potrzeb społeczeństwa składającego się z coraz większej liczny osób starych.

W takich uwarunkowaniach niezbędna jest koordynacja dwóch kluczowych dla funkcjonowania państwa systemów opieki zdrowotnej i społecznej w celu zapewnienia prawidłowej opieki starzejącej się cześć społeczeństwa. Oprócz zmian organizacyjnych, niezbędne są również zmiany finansowania, czyli po prostu jego zwiększenie w oparciu o nowe zadania. Nie wystarczy jedynie dofinansowywać systemów, ponieważ nie spełni to oczekiwań. Prawdopodobnie konieczne będzie ujednolicenie finansowania opieki długoterminowej i opieki bytowej przeznaczonej dla osób starszych. Ujednolicenie to może przyjąć formę budżetową poprzez zwiększenie podatków lub unormowania nowego podatku opiekuńczego. Liczne są głosy postulujące formę dodatkowego ubezpieczenia opiekuńczego podobnego do ubezpieczenia zdrowotnego.

Konieczność zwiększenia finansowania umożliwiającego realizację zadań opieki długoterminowej uzależnione jest również od sytuacji ekonomicznej osób starszych, które nie mogą w znaczącej większości przypadków finansować opieki we własnym zakresie. Osłabienie więzi rodzinnych powoduje również brak zainteresowania wsparciem opiekuńczym lub finansowym w wielu rodzinach, tym bardziej, że istnieje alternatywa w postaci pomocy publicznej. Koszty stacjonarnej i domowej opieki długoterminowej przekraczają możliwości osób starszych, zwłaszcza, że koszty te systematycznie rosną.

1.3. Prawo do ochrony zdrowia a prawo do opieki długoterminowej

Prawo do ochrony zdrowia jest publicznym prawem podmiotowym, co oznacza (według J. Bocia) „taką sytuację prawną obywatela (jednostki zbiorowej), w której obrębie obywatel ten (jednostka zbiorowa), opierając się na chroniących jego interesy prawne normach, może skutecznie żądać czegoś od państwa lub może w sposób niekwestionowany przez państwo coś zdziałać.

Prawo do ochrony zdrowia unormowane zostało przede wszystkim w Konstytucji RP w art. 68. Zgodnie z ustawą zasadniczą publiczne prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu, jednakże jedynie obywatelom polskim, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczegóły dotyczące realizacji tego prawa zgodnie z konstytucją powinna normować ustawa, która pełnić będzie funkcje gwarancyjne dla regulacji konstytucyjnych. Obecnie w tym zakresie obowiązuje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[21] (u.ś.o.z.). Dyskusja dotycząca zakresu świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej jest w zasadzie nieustająca. Faktem powszechnie znanym jest, że żaden system ochrony zdrowia nie jest w stanie zaspokoić w sposób równy, sprawiedliwy i pełny swoich obywateli. Wobec tego ustawa normująca realizację świadczeń opieki zdrowotnej powinna regulować zasady dostępności świadczeń zdrowotnych w sposób klarowny i sprawiedliwy. Ponadto taki akt prawny, mający fundamentalne znaczenie dla ochrony zdrowia całej populacji, winien również ustalać zasady dotyczące możliwości zwiększania dostępności do świadczeń przez system dodatkowych ubezpieczeń bądź dopłat. Obecnie brak jest takich zasad, co stwarza iluzję pełnej dostępności do świadczeń, która w istocie jest demaskowana przez każdego uprawnionego świadczeniobiorcę. Faktem jest, że w obowiązującym stanie prawnym głównym kreatorem ochrony zdrowia pozostaje płatnik w systemie, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. O realnej dostępności do świadczeń decyduje w praktyce jedynie wysokość kontraktu dla podmiotu leczniczego, która nie jest uzależniona od badania potrzeb zdrowotnych populacji. Z taką sytuacją mamy również do czynienia w przypadku świadczeń opieki długoterminowej i zasad związanych z regulacją dostępności do świadczeń. Chociaż w tym względzie kwestie dostępności w pewnym wymiarze współzależne są z ofertą świadczeń opiekuńczych systemu polityki społecznej.

Konstytucja w ust. 3 omawianego artykułu wzmacnia podmiotowe prawo do ochrony zdrowia w stosunku do dzieci, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku. Wzmocnienie tego prawa polega na szczególnym traktowaniu tych grup społecznych przez władze publiczne ze względu na ich większe potrzeby w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej. Osoby starsze, podobnie

[21] J. Boć (red.), *Prawniczy słownik wyrazów trudnych*, Wrocław 2005, s. 306.

jak dzieci, niepełnosprawni i kobiety w ciąży, są ograniczone w swojej samodzielności i wymagają opieki również ze względu na ograniczoną możliwość realizacji swoich praw podmiotowych. Dlatego też realizacja prawa do ochrony zdrowia nie powinna napotykać na jakiekolwiek ograniczenia.

Ograniczenia nie powinny występować przede wszystkim w zakresie dostępności do świadczeń w kontekście finansowym. Można konstatować, że szczególne unormowanie publicznego prawa do ochrony zdrowia dla wymienionych grup powinno oznaczać brak związku pomiędzy zobowiązaniem do opłacania składki zdrowotnej lub innego zobowiązania o charakterze podatkowym a możliwością uzyskania świadczeń opieki zdrowotnych gwarantowanych przez państwo. Tymczasem ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tylko w stosunku do kobiet ciężarnych i kobiet w połogu oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia stosuje zasadę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niezależnie od ubezpieczenia zdrowotnego.

Prawo do opieki zdrowotnej powinno być również realizowane w zakresie łatwej dostępności do świadczeń, rozumianej w kontekście organizacyjnym. Ilość i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej adresowanych dla osób pod szczególną opieką władz publicznych, musi uwzględniać unormowanie konstytucyjne. Oznacza to, iż organ finansujący świadczenia opieki zdrowotnej, który pozostaje głównym kreatorem polityki zdrowotne, powinien w sposób szczególny realizować uprawnienia podmiotowe wybranych grup społecznych poprzez zapewnienie wyraźnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Kontraktowanie wszelkich świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeń adresowanych do wybranych grup, winno uwzględniać zbadane i zdefiniowane zapotrzebowanie tych grup w zakresie świadczeń. Niestety, kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w polskim systemie ochrony zdrowia uwzględnia przede wszystkim realne możliwości finansowe NFZ oraz dyspozycyjność świadczeniodawców wyrażaną aplikowaniem w celu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń. Dyspozycyjność ta oparta jest głównie na organizacyjnych możliwościach wykonywania świadczeń oraz opłacalność realizacji umowy. Szczególnie opłacalność staje się czynnikiem decydującym o zakresie podejmowanych usług, również dla podmiotów publicznych, które zobowiązane są w coraz większym stopniu do efektywności gospodarczej.

Osoby starsze w sposób szczególny potrzebują opieki zdrowotnej. Jak podają E. Szwałkiewicz i J. Kaussen: „Człowiek w wieku podeszłym należy do najtrudniejszych i najdroższych pacjentów w systemie opieki zdrowotnej z powodu złożoności problemów socjalnych, ekonomicznych, zdrowotnych, psychicznych i społecznych, występujących w trakcie opieki nad nim. Starości towarzyszy wielochorobowość.”[22] To szczególne zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej osób starszych jest często poddane konfrontacji niedoskonałego systemu ochrony zdrowia, który ogranicza dostępność do świadczeń. Jednakże

[22] E. Szwałkiewicz, J. Kaussen, *Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek*, Toruń 2006, s. 3.

należy przywołać, zaskakujące, jak może się wydawać, wyniki badań *Polsenior,* które wykazały, iż 75% badanych osób starszych w Polsce wykazywało zadowolenie z opieki zdrowotnej[23].

Biorąc pod uwagę obowiązujące przepisy, w tym głównie powołane unormowania konstytucyjne, starsi pacjenci powinni być traktowani przez system ochrony zdrowia w sposób szczególny czyli uprzywilejowany. Starszy pacjent nie może być dyskryminowany w dostępie do drogich i nowoczesnych terapii medycznych ze względu na swój wiek. Jedynym ograniczeniem w ich stosowaniu może być tylko stan zdrowia. Profesor J. Fijuth stwierdził w wywiadzie, że „[…] czynnik wieku pacjenta, sam w sobie, nie może być czynnikiem dyskwalifikującym chorego. Wiek to jeden z elementów, który musi być skonfrontowany z przede wszystkim z ze stanem wydolności ogólnej pacjenta, ale także ze stanem sprawności neurologicznej, intelektualnej i sytuacją socjoekonomiczną”[24].

Prawo do opieki długoterminowej jest elementem publicznego prawa podmiotowego do opieki zdrowotnej. Prawo to dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej o charakterze długoterminowym. W kontekście przedstawionych unormowań konstytucyjnych, należy zwrócić uwagę, iż prawo do opieki długoterminowej w sposób szczególny powinno być realizowane w stosunku do osób starszych i niepełnosprawnych oraz do szczególnej grupy, jaką są niepełnosprawne dzieci. Oznacza to, iż świadczenia opieki długoterminowej, które przede wszystkim adresowane są do uprzywilejowanych grup, powinny być realizowane ze szczególną starannością przez władze publiczne. Takie stwierdzenie daje teoretyczną możliwość stworzenia modelu świadczeń opieki długoterminowej, którego szczególne umocowanie na konstytucyjnym fundamencie jest bezdyskusyjne. Stworzenie i wdrożenie funkcjonowania takiego modelu powinno nastąpić niezwłocznie. Tym bardziej, iż wspomniane czynniki demograficzne powinny być katalizatorem takich działań. Ewentualny brak reakcji władz publicznych w tym zakresie musi być odnotowane jako działania pozostające w sprzeczności z konstytucją. Według mnie nie ma przeszkód, aby wyodrębniony model opieki długoterminowej stał się podsystemem systemu ochrony zdrowia. Modyfikacje tego podsystemu zawierać muszą zarówno elementy finansowania jak i organizacji. Ważne jest również precyzyjne dopasowanie kompetencji organów władz publicznych, które niezbędne jest do skutecznych działań. Obecny brak wyodrębnienia opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia nie jest zjawiskiem pożądanym. Można obserwować stosunkowo słabo rozwijający się ten sektor opieki zdrowotnej zarówno w sferze inwestycji jak i dostępności.

System opieki długoterminowej może również stać się niezależnym przedmiotem wykonywania funkcji państwa. Takie integracyjne rozwiązania są ostatnio często postulowane. Jednym z postulujących jest również Ministerstwo

[23] B. Tobisz-Adamczyk, A. Gałaś, P. Brzyski, P. Błędowski, T. Grodziski, *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, Polityka Społeczna, nr 2/2015

[24] *Wiek chorego nie może zamykać mu drogi do leczenia*, wywiad z profesorem Jackiem Fijuth, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, kierownikiem Zakładu Radioterapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Wywiad pochodzi z portalu www.termedia.pl

Zdrowia, które uznało, że podział kompetencji pomiędzy resort zdrowia i opieki społecznej, który nastąpił w 1991 r., spowodował „dezintegrację świadczeń medycznych społecznych". Zdaniem Ministerstwa Zdrowia obecny rozdział kompetencji powinien zostać zastąpiony wprowadzeniem jednolitego modelu zintegrowanej opieki długoterminowej, który będzie realizować zarówno świadczenia opieki zdrowotnej jak i społecznej[25]. Za takim rozwiązaniem przemawiają czynniki demograficzne, które wyraźnie obrazują skalę problemu i kolosalne zobowiązanie państwa, które musi ten problem rozwiązać. Doświadczenia innych państw, które starają się właściwie realizować swoje zadania, wskazują, iż jest to kierunek co najmniej poprawny, ponieważ służy koordynacji zarówno w zakresie finansów jak i realizacji zadań. Wadą takiego rozwiązania pozostaje konieczność wyodrębniania nowych kompetencji, któremu z pewnością będzie towarzyszył wzrost kosztów administrowania. Dlatego warto rozważyć, czy wobec aktualnego zdefiniowania opieki długoterminowej jako świadczeń opieki zdrowotnej nie jest słusznym kierunek wzmacniania roli opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia, przy pozostawieniu ogólnych podstaw prawnych i funkcjonalnych.

Niezależnie od tego, jaki model zostanie przyjęty i czy zostanie przyjęty w ogóle, ważne jest, aby świadczenia opieki długoterminowej znalazły w systemie ochrony zdrowia miejsce uprzywilejowane. Takie uprzywilejowanie ma przede wszystkim uzasadnienie prawne wyrażone w konstytucji, która nakazuje lepsze traktowanie określonych grup społecznych, także tych, dla których opieka długoterminowa jest podstawową potrzebą egzystencjalną, czyli osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych. Należy również stwierdzić, iż uprzywilejowanie świadczeń opieki zdrowotnej wśród innych świadczeń opieki zdrowotnej ma niewątpliwy wpływ na efektywność całego systemu opieki zdrowotnej. Nie ulega wątpliwości, iż zwiększenie dostępności i poprawienie jakości świadczeń długoterminowych wpłynie na efektywność całego systemu opieki zdrowotnej. Podobne znaczenie dla systemu ma promocja zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna czy świadczenia rehabilitacyjne, których jakość i dostępność determinuje zakres i rodzaj pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej a szczególnie ogranicza wydatnie konieczność najkosztowniejszych hospitalizacji. Już dzisiaj koszty hospitalizacji osób starszych są znaczne i stopniowo wzrastają. Jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia na 100 osób posiadających ubezpieczenie zdrowotne 14 korzystało w 2009 roku z hospitalizacji. Natomiast na 100 osób powyżej 65 roku życia odsetek ten wynosi 27 osób. Ma to szczególny wymiar dla dobrostanu ogółu społeczeństwa, które w efekcie ponosi mniejsze koszty opieki zdrowotnej. W wielu wypadkach powszechne objęcie pacjentów opieką długoterminową zmniejszyłoby konieczność tak częstych hospitalizacji.

[25] Ministerstwo Zdrowia, *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej*, Warszawa 2012 r. s. 3.

1.4. Prawo do opieki społecznej a prawo do opieki długoterminowej

Wyodrębnienie grupy społecznej osób niesamodzielnych, ze względu na szczególne potrzeby zdrowotne oraz zobowiązanie władz państwowych do zorganizowania im lepszej, właściwie ukierunkowanej i koordynowanej opieki zdrowotnej, jest zadaniem, które powinno znaleźć odzwierciedlenie w aktach prawnych, będących podstawą funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia. Również dla systemu opieki społecznej wsparcie osób niesamodzielnych powinno stanowić priorytet. Dotychczas podeszły wiek i spowodowana nim niesamodzielność były jednym ze zjawisk społecznych uzasadniających podjęcie interwencji przez państwo. Starzejące się społeczeństwo wymusza zmianę orientacji polityki społecznej i reorganizację systemu opieki społecznej. I. Sierpowska podaje dwie definicje pomocy społecznej. Według niej pomoc społeczna rozumiana szeroko oznacza „różne formy wsparcia świadczone przez instytucje publiczne" uregulowane w aktach prawnych dotyczących miedzy innymi niepełnosprawności, zdrowia psychicznego, uzależnień *etc*. Z kolei pomoc społeczna rozumiana wąsko to pomoc uregulowana w ustawie o pomocy społecznej[26]. Podstawowe zasady pomocy społecznej poprzez wyodrębnienie grup społecznych, które wymagają opieki ze strony państwa, zostały zawarte w konstytucji.

Szczególna, wymagająca ukierunkowanej opieki sytuacja dzieci oraz osób niepełnosprawnych, znalazła dodatkowe unormowania zobowiązujące państwo do wzmożonych działań. Mowa tu przede wszystkim o powołanym już art. 69 konstytucji, który normuje obowiązek władz publicznych do udzielania zgodnie z ustawą pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Podstawowym aktem prawnym w tym zakresie jest ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[27]. Ustawa ta w art. 2 definiuje niepełnosprawność jako trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. Oznaczone w ustawie stopnie niepełnosprawności odnoszą się do możliwości wykonywania pracy, co wyraźnie ogranicza ustawę do osób w wieku produkcyjnym oraz dzieci.

Konstytucja wymienia kolejne uprzywilejowane grupy społeczne ze względu na zaangażowanie opiekuńcze państwa. W art. 71 ust. 2 konstytucji szczególne publiczne prawo podmiotowe przydane zostało matce, której przed urodzeniem dziecka i po urodzeniu przysługuje uprawnienie do szczególnej pomocy władz publicznych. Kompetencje i uprawnienia w tym zakresie precyzuje ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. Warto również podkreślić, iż Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania

[26] I. Sierpowska, *Prawo pomocy społecznej*, Warszawa 2011r., s. 38.

[27] Dz. U. Nr 123, poz. 776

oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem ustandaryzował świadczenia opieki zdrowotnej, co jest niezwykle istotne ze względu na jakość tych świadczeń[28].

Nie ulega wątpliwości, iż sytuacja prawna dziecka również została zaznaczona w art. 72 konstytucji szczególnie wyraźnie. Prawa dziecka wymagają szczególnej ochrony, w szczególności zaś prawa dzieci pozbawionych opieki rodzicielskiej oraz narażonych na przemoc, okrucieństwo, wyzysk i demoralizacje. Dla ochrony praw dziecka uchwalono ustawę z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka[29], którego zadania polegają głównie na działaniach podejmowanych w celu ochrony praw dziecka, w tym praw do ochrony zdrowia.

Sytuacja osób starszych poza opisanym uprawnieniem do szczególnej opieki zdrowotnej nie znalazła odzwierciedlenia w konstytucji. Być może powodem tego jest data uchwalenia ustawy zasadniczej (2 kwiecień 1997 r.), kiedy problem starzejącego się społeczeństwa był jedynie sygnalizowany. Niestety problem ten nie był wzięty również pod uwagę podczas przeprowadzania fundamentalnych reform społecznych dotyczących systemu ochrony zdrowia i ubezpieczenia społecznego. Być może był to niepowtarzalny moment do wdrożenia specjalnego modelu finansowania i organizacji opieki długoterminowej. Wielka szkoda, zwłaszcza, że tak fundamentalne reformy to przecież wydarzenie bez precedensu, a wprowadzenie dodatkowego systemu opieki długoterminowej i społecznej adresowanej do starszych osób wymaga dużej odwagi politycznej

Sytuację osób w podeszłym wieku w sposób niepełny reguluje art. 67 konstytucji, który w ust. 1 daje obywatelom prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego. Należy podzielić pogląd komentatorów konstytucji (Boć, Banaszak, Jabłoński), że „Pojęcie zabezpieczenia społecznego obejmuje także pomoc społeczną, która wyraża się w działaniach specjalnych organów państwowych i samorządowych polegających na udzielaniu koniecznej pomocy w zakresie zapewnienia niezbędnych potrzeb życiowych osób i ich rodzin przez umożliwienie bytowania w warunkach odpowiadających godności ludzkiej”[30]. Powołane unormowanie konstytucyjne jedynie w sposób ogólny daje podstawę do formułowania praw podmiotowych osób niesamodzielnych do opieki długoterminowej i innych rodzajów wsparcia, których szczegółowe unormowania znajdziemy w ustawach dotyczących ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Obecny kształt systemu opieki społecznej unormowany został w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[31]. W rozumieniu art. 2 ustawy pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie

[28] Dz. U., poz. 212

[29] Dz. U. Nr 6, poz. 69.

[30] J. Boć, *Konstytucja…*, s. 125

[31] Dz. U. Nr 64, poz. 593

osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. W art. 7 przedmiotowej ustawy wskazane zostały powody, dla których udzielana jest pomoc społeczna. Jest to co prawda katalog otwarty, ale nie znajdziemy w nim określenia ‘podeszłego wieku’ jako podstawowej przesłanki udzielania pomocy. Należy zatem wnioskować, iż pomoc społeczna osobom w podeszłym wieku, które dotknięte są niesamodzielnością, może być udzielana, jeżeli osoby te spotka na przykład ubóstwo, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba. Osoba starsza może uzyskać pomoc w postaci wsparcia w wyniku znalezienia się w trudnej sytuacji życiowej, o jakiej mowa w powołanym art. 7. Natomiast samo osiągniecie podeszłego wieku nie jest przesłanką do uzyskania pomocy społecznej. Inaczej mówiąc, pomoc społeczna nie jest w specjalny sposób ukierunkowana na wsparcie osób starszych. Niestety, o czym już była mowa, w słowniku wyrażeń ustawowych ustawy o pomocy społecznej nie zostało unormowane określenie osób w podeszłym wieku, pomimo iż ustawa odnosi się również do takiego określenia.

W katalogu świadczeń z pomocy społecznej określonym w art. 36 przedmiotowej ustawy znajdziemy właściwe świadczenia, których adresatem są i mogą być osoby starsze niesamodzielne. Świadczenia podzielone są na pieniężne i niepieniężne.

Świadczenia pieniężne, których podstawą przyznania może być podeszły wiek i wynikająca z niego również niesamodzielność, to przede wszystkim zasiłek stały, który zgodnie z art. 37 ustawy o pomocy społecznej przysługuje między innymi osobie samotnie gospodarującej lub pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu podeszłego wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub na osobę w rodzinie. Jak wynika z powołanego przepisu, jedynym kryterium przyznawania zasiłku jest różnica w osiąganych dochodach, która rekompensowana jest w formie finansowej wyrażanej w zasiłku, którego wartość oscyluje pomiędzy 30 a 418 zł miesięcznie. Należy dodać, iż zgodnie ze słownikiem ustawy, unormowanym w art. 6, niezdolność do pracy z tytułu wieku oznacza ukończenie 60 lat przez kobietę i 65 lat przez mężczyznę. Nawet pobieżna analiza powołanych przepisów wskazuje, iż aby uzyskać stałe finansowe wsparcie z tytułu podeszłego wieku w ramach pomocy społecznej wystarczy spełnić formalne kryterium dochodowe niezależnie od faktycznej oceny ewentualnej niesamodzielności. Zasiłek stały nie jest ograniczony uznaniowością a uprawnienie do niego powstaje *ex lege*. Należy domniemywać, że w niedalekiej przyszłości konieczna będzie rewizja stosowania takich kryteriów, chociażby z powodu oznaczonego wieku.

Podobną konstrukcję ma zasiłek okresowy, który zgodnie z art. 38 ustawy o pomocy społecznej przysługuje z mocy prawa osobom spełniającym kryterium dochodowe w szczególności z powodu długotrwałej choroby, niepełnosprawności czy możliwości utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego. Uznaniowość dotycząca zasiłku okresowego związana jest jedynie z okresem, na który może zostać przyznany.

Świadczeniem pieniężnym jest również zasiłek celowy, który na podstawie art. 39 ustawy o pomocy społecznej przyznawany jest w celu zaspakajania niezbędnej potrzeby bytowej, w tym również na pokrycie kosztów leków i leczenia. Zasiłek celowy może być także przyznawany osobom niemającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń zdrowotnych na pokrycie całości lub części wydatków na świadczenia zdrowotne.

Świadczenia niepieniężne w zakresie pomocy społecznej, przysługujące osobom niesamodzielnym, to przede wszystkim:

- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- pobyt i usługi w domu pomocy społecznej.

Usługi opiekuńcze określone w art. 50 ustawy o pomocy społecznej przysługują przede wszystkim osobie samotnej oraz osobie, której rodzina nie jest w stanie zrealizować usług opiekuńczych, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Usługi opiekuńcze polegają w szczególności na udzielaniu pomocy w zaspakajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiece higienicznej, zaleconej przez lekarza pielęgnacji oraz w miarę możliwości zapewnieniu kontaktu z otoczeniem. Jak słusznie twierdzi I. Sierpowska, usługi opiekuńcze co do zasady nie powinny zastępować roli rodziny, dlatego skierowane są głównie do osób samotnych. W wyjątkowych sytuacjach usługi te powinny na zasadzie subsydiarności uzupełniać funkcję rodziny. Jednakże, obecnie w sytuacji postępującego osłabienia więzi rodzinnych, występowania zjawisk migracji i emigracji, a także zubożenia społeczeństwa i wzrostu jego roszczeniowości, pomoc społeczna i świadczone w jej ramach usługi opiekuńcze są zjawiskiem powszechnym ograniczanym jedynie możliwościami finansowymi gminy[32].

Usługi opiekuńcze mogą zgodnie z ustawą przybrać formę specjalistycznych usług opiekuńczych, które dostosowane są do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych zostały unormowane w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych[33]. Wśród specjalistycznych usług opiekuńczych należy zwrócić uwagę na pielęgnację, rozumianą jako wsparcie procesu leczenia, która zgodnie z § 1 pkt. 2 powołanego rozporządzenia polega na:

- pomocy w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- uzgadnianiu i pilnowaniu terminów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych,

[32] I. Sierpowska, *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej, komentarz do art. 50* www.lex.online.wolterskluwer.pl

[33] Dz. U. Nr 189, poz. 1597.

- pilnowaniu przyjmowania leków oraz obserwowaniu ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
- zmianie opatrunków, pomocy w użyciu innych środków i materiałów medycznych,
- pomocy w utrzymaniu higieny,
- pomocy w transporcie do placówek medycznych i rehabilitacyjnych.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą również zgodnie z § 2 pkt. 3 polegać na rehabilitacji fizycznej i usprawnianiu zaburzonych funkcji organizmu w zakresie spoza katalogu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Usługi specjalistyczne muszą być świadczone przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje określone w powołanym rozporządzeniu.

Opisane powyżej usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone w domu podopiecznego, bądź w ośrodku wsparcia, który zgodnie z art. 51 ustawy o pomocy społecznej jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej dziennego pobytu. Ośrodkiem wsparcia, który pełni funkcję opiekuńcze dla osób niesamodzielnych, może być przede wszystkim dzienny dom pomocy lub ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzony w formie środowiskowego domu samopomocy lub klubu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wyjątkową i ciekawą formą udzielania stacjonarnych i całodobowych usług opiekuńczych jest rodzinny dom pomocy, który zgodnie z art. 52 ustawy o pomocy społecznej stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia. Rozporządzenie z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy określa zgodnie z §1 standardy, rodzaj i zakres usług bytowych i opiekuńczych a także warunki kierowania, odpłatności i nadzoru nad tego typu placówkami[34]. Rodzinne domy opieki powinny być przeznaczone dla określonej grupy podopiecznych w tym dla osób wymagających wsparcia dla osób starszych i dla osób niepełnosprawnych. Świadczenie usług bytowych i opiekuńczych powinno uwzględniać zgodnie z §4 ust. 2 rozporządzenia nie tylko stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w rodzinnym domu pomocy, ale również prawa człowieka, a w szczególności prawo do poszanowania i ochrony godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa, a ponadto ochronę dóbr osobistych. Rozporządzenie, co jest zupełnie wyjątkowe, uwzględnia również stan niesamodzielności, który wynika z podeszłego wieku i niepełnosprawności. Takie osoby powinny znaleźć opiekę w „domach dla osób starszych". To pierwsze unormowane określenie odpowiadające niesamodzielności będącej wynikiem zniedołężnienia starczego i towarzyszącej niepełnosprawności. Rozporządzenie precyzyjnie określa zakres uprawnień usług bytowych podopiecznych oraz warunki ich udzielania. Rozporządzenie określa także zakres

[34] Dz. U. z 2012, poz. 719.

usług opiekuńczych, do których należy między innymi kompleksowa opieka higieniczna, pomoc w przyjmowaniu leków, a także pomoc w załatwianiu spraw osobistych, czy udział w życiu rodzinnym. Decyzję dotycząca skierowania osoby wymagającej wsparcia w postaci umieszczenia w rodzinnym domu pomocy wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej, który również uprawniony jest do kontroli tego typu placówek. Można podzielić pogląd I. Sierpowskiej, że rodzinny dom opieki nie jest zakładem administracyjnym pomimo wyodrębnienia organizacyjnego i prawnego ze względu na rodzinny charakter tej placówki[35]. Wykorzystanie tej formy prowadzenia opieki nad osobami niesamodzielnymi jest znikome. Co prawda brak aktualnych i jednoznacznych danych, jednakże, jak twierdzi Z. Grabusińska na podstawie danych Ministerstwa Pracy i Pomocy Społecznej na koniec 2008 r., takich podmiotów było zaledwie osiem, w kolejnych latach dynamika rozwoju była również bardzo niska. Autorka upatruje przyczyn takiej sytuacji w niechęci samorządów gminnych do zawierania umów z podmiotami prywatnymi oraz konieczności dostosowania się do wysokich standardów architektonicznych i sanitarnych[36].

Kolejną nietypową formą udzielania wsparcia dla osób niesamodzielnych, w tym niesamodzielnych w podeszłym wieku, jest przewidziane w art. 53 ustawy o pomocy społecznej mieszkanie chronione, które może być prowadzone przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizacje pożytku publicznego. Pobyt w mieszkaniu chronionym przysługuje osobom, które również ze względu na wiek czy niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki. W przypadku osób niesamodzielnych z powodu wieku lub niepełnosprawności mieszkanie chronione pełni funkcję zastępczą w stosunku do form stacjonarnej opieki, takich jak na przykład dom opieki społecznej. Rozporządzenie Ministra pracy i polityki społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych określa wsparcie udzielane przez wykwalifikowane osoby, takie jak opiekun i asystent osoby niepełnosprawnej. Wsparcie udzielane w mieszkaniu zastępczym może polegać między innymi na udzielaniu pomocy w przemieszczaniu się, wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym czy realizacji kontaktów społecznych. Mieszkania chronione nie są powszechną formą wsparcia dla osób niesamodzielnych. Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej obecnie funkcjonuje ich zaledwie dziesięć co ma wyraz jedynie symboliczny[37].

[35] I. Sierpowska, *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej, komentarz do art. 52* www.lex.online.wolterskluwer.pl

[36] Z. Grabusińska, *Domy pomocy społecznej w Polsce,* warszawa 2012, s. 21.

[37] Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i palcówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej, według stanu na dzień 31 XII 2013 r.*, wrzesień 2014 . dokument pochodzi ze strony www.mpips.gov.pl

Prawo do usług opiekuńczych jest publicznym prawem podmiotowym, które powstaje w razie spełnienia przesłanek ustawowych. Potwierdza to wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 3 marca 2014 r.[38], który stwierdza, że usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mają charakter obligatoryjny, co oznacza, że muszą zostać przyznane po spełnieniu ustawowych przesłanek. Sąd potwierdził, że decyzje o przyznaniu usług opiekuńczych są uznaniowe jedynie w części dotyczącej formy, zakresu i miejsca ich świadczenia. Usługi opiekuńcze udzielane w ramach pomocy społecznej są co do zasady odpłatne, jednakże odpłatność uzależniona jest od dochodu uprawnionego. Zasady odpłatności, a także szczegółowe warunki przyznawania usług, określa w drodze uchwały rada właściwej gminy na podstawie art. 50 ust. 6 ustawy o pomocy społecznej.

Usługi opiekuńcze świadczone w rożnych formach mogą być bardziej efektywne niż opieka stacjonarna, ale zależy to od okoliczności. Świadczą o tym badania przeprowadzone chociażby w Stanach Zjednoczonych w 2011 r., które wykazały, że opieka domowa świadczona w formie zintegrowanej przez instytucje gminne niekoniecznie jest tańsza od opieki stacjonarnej. Uzależnione jest to przede wszystkim od stanu podopiecznych i zakresu dostarczanej opieki[39]. Pozytywnie oceniane są w doktrynie środowiskowe formy wsparcia osób starszych w miejscu zamieszkania. Przeprowadzony projekt „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych mieszkających w gospodarstwach domowych" zaowocował rekomendacjami w zakresie zmian dotyczących ustalonych normatywnych kryteriów wsparcia osób starszych, szczególnie w sferze pomocy środowiskowej w miejscu zamieszkania oraz dostępu do informacji w tym zakresie[40].

Najbardziej zaawansowaną formą opieki nad osobami niesamodzielnymi stanowi dom pomocy społecznej, który zgodnie z art. 55 ustawy o pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne w zindywidualizowanym zakresie i formach dostosowanych do potrzeb podopiecznych. Prawo do pobytu w domu pomocy społecznej przysługuje osobie niesamodzielnej, wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, której nie wystarczają dostarczane w innej formie usługi opiekuńcze. W wyroku z dnia 17 kwietnia 2014 r. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gdańsku, który uznał, że sam stan zdrowia, nawet potwierdzony koniecznością całodobowej opieki w formie zaświadczenia lekarskiego nie jest podstawą do wydania decyzji w sprawie umieszczenia w domu pomocy społecznej. Podstawą zdaniem sądu jest natomiast ustalenie stanu faktycznego przez organ

[38] III SA/Gd 252/14 LEX, nr 1500501

[39] Agency for Healthcare research and Quality, *Long-Term care for Older Adults; A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care*.

[40] M. Brzyska, B. Tobiasz-Adamczyk, T. Ocetkiewicz, *Rekomendacje: Środowiskowe formy opieki dla osób starszych mieszkających w gospodarstwach domowych*, „Polityka Społeczna" 2015, nr 1.

wydający decyzję[41]. W tezie wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 22 listopada 2007 r. czytamy, że „[…] wiek, choroba lub niepełnosprawność osoby starającej się o skierowanie musi być tego rodzaju, że uniemożliwia tej osobie nie tylko samodzielne funkcjonowanie w dotychczasowym środowisku, ale uniemożliwia tej osobie prawidłowe funkcjonowanie pomimo wykorzystania innych możliwości pomocy…[42].

Umieszczenie w domu pomocy społecznej powinno być ostatecznością, która musi być poprzedzona oceną możliwości udzielenia pomocy w warunkach domowych. Takie stanowisko potwierdza chociażby wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 grudnia 2007 r.[43]

Zakres opieki świadczonej w domach pomocy społecznej jest inny niż w podmiotach świadczących opiekę długoterminową. Świadczy o tym przepis z art. 54 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej, który stwierdza, że osoba, która wymaga wzmożonej opieki medycznej, kierowana jest do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. Takie unormowanie niejako ogranicza uprawnienie do pobytu w domu opieki społecznej osób chorych, których stan zdrowia przekracza możliwości opiekuńcze oferowane przez ten podmiot. Szczegółowa charakterystyka usług dostarczanych przez dom pomocy społecznej została dokonana w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej[44] usług bytowych i opiekuńczych oraz wspomagających]. Zgodnie z rozporządzeniem, do usług bytowych należy zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, dostarczenie odzieży i obuwia oraz utrzymania czystości. Z kolei usługi opiekuńcze polegają na udzieleniu wsparcia w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych. Katalog usług wspomagających jest stosunkowo szeroki, a należy do niego między innymi: organizacja terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i aktywizacja pensjonariuszy, umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, działanie zmierzające do usamodzielniania mieszkańca domu na miarę możliwości, stymulowanie nawiązania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną. Usługi wspomagające, szczególnie w przypadku osób niesamodzielnych z powodu wieku lub niepełnosprawności, powinny dążyć do ograniczenia zależności tych osób, często bowiem usamodzielnienie jest niemożliwe[45]. Istotne znaczenie ze względów społecznych, szczególnie w domach dla osób w podeszłym wieku, ma umożliwienie funkcjonowania samorządu mieszkańców, który wpływa na pozytywne kształtowanie relacji pomiędzy pensjonariuszami a personelem[46].

[41] III SA/Gd 126/14 LEX 1471509
[42] II SA/Kr 1046/06 LEX nr 499743
[43] ISA/Wa 1288/07 LEX nr 499743
[44] Dz. U. Nr poz. 964
[45] Z. Grabusińska, *Domy pomocy* …, s. 42
[46] *Ibidem*, s. 42.

Rodzaje domów opieki społecznej ustalone zostały przez ustawodawcę w art. 56 ustawy o pomocy społecznej przy użyciu kryterium grupy docelowej podopiecznych. W związku z tym wyróżniamy domy dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Umieszczenie w domu pomocy społecznej następuje na podstawie decyzji administracyjnej, wydawanej przez organ wykonawczy właściwej gminy ze względu na zamieszkanie osoby objętej pomocą. Decyzja o skierowaniu nie jest równoznaczna z umieszczeniem w domu pomocy społecznej, do tego konieczne jest wydanie kolejnej decyzji o umieszczeniu w konkretnym domu pomocy społecznej, którą wydaje organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego prowadzący ten podmiot. Decyzja o umieszczeniu w domu pomocy społecznej powinna również wiązać się z wydaniem postanowienia ustalającego opłatę za pobyt w domu. Umieszczenie uzależnione jest od dostępności wolnych miejsc, a w razie ich braku osoba skierowana zostaje wpisana na listę osób oczekujących. Pobyt w domu pomocy społecznej co do zasady jest odpłatny na mocy art. 61 ustawy o pomocy społecznej, a jego koszty ponosi sam pensjonariusz, ewentualnie osoby zobowiązane do świadczeń alimentacyjnych, czyli małżonek, a następnie krewni - zstępni przed wstępnymi. Ostatecznie zobowiązana do ponoszenia kosztów odpłatności za pobyt pensjonariusza jest gmina, która wydała decyzję o skierowaniu. Koszt pobytu w domu pomocy społecznej nie jest wartością rynkową, ale ustala się go na podstawie wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca.

Domy pomocy społecznej mogą być publiczne - prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego lub niepubliczne, prowadzone przez osoby prawne, osoby fizyczne, organizacje pozarządowe *etc.* Podmioty, które chcą prowadzić domy pomocy społecznej, muszą uzyskać zezwolenie wojewody oraz spełniać niezbędne warunki i standardy określone w art. 55 ustawy o pomocy społecznej. Według I. Sierpowskiej, pomimo braku w ustawie wyraźnego obowiązku, jednostki samorządu terytorialnego zobowiązane są do prowadzenia takich ośrodków[47]. Moim zdaniem takie zobowiązanie jest raczej wątpliwe. Według mnie ustawa daje jedynie możliwość prowadzenia takich jednostek, które nie są jednostkami organizacyjnymi opieki społecznej. W końcu prywatyzacja usług również w zakresie pomocy społecznej może w efektywny sposób zapewnić opiekę w ramach systemu. Nie bez powodu ustawodawca wyraźnie w art. 65 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej wprowadził możliwość korzystania z niepublicznych jednostek w przypadku braku miejsc w ośrodkach gminnych czy powiatowych.

[47] I. Sierpowska, *Komentarz do art. 56 ustawy o pomocy społecznej*. www.lex.online.wolterskluwer.pl

Zróżnicowanie typów domów opieki społecznej, możliwości infrastrukturalne, koszty pracy i inne uwarunkowania powinny wyznaczać potrzebę prowadzenia domów opieki społecznej. Kierowanie się zobowiązaniem nie jest w tym wypadku możliwe, tym bardziej, iż nie ma możliwości egzekwowania takiego obowiązku. Nie ma również ustawowego kryterium, według którego jednostki takie powinny być zakładane lub prowadzone. Obecnie według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w Polsce prowadzonych jest 806 domów pomocy społecznej z ogólną liczbą ponad 78 tys. miejsc. Zdecydowana większość, bo aż 593 domy pomocy społecznej, to jednostki samorządowe, w tym jedynie 23 domy prowadzone są przez gminy reszta przez powiaty. Pozostałe 213 to podmioty niepubliczne prowadzone głównie przez zakony. Jeżeli chodzi o statystykę wiekową pensjonariuszy to ponad połowę stanowią osoby starsze. Co ważne, około 13% mieszkańców domów to osoby niedołężne, które nie opuszczają łóżek. Jak wynika z danych ministerstwa, procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb w domach ponadgminnych domach pomocy społecznej wyniósł jedynie 61,7%, co wskazuje na znaczne potrzeby społeczne w tym zakresie[48].

Braki w dostępności do świadczeń domów pomocy społecznej oraz stacjonarnych form opieki długoterminowej, a także nie zawsze satysfakcjonujący standard usług, decydują o rosnącej popularności prywatnych „domów seniora" czy „domów opieki" prowadzonych w formie przewidzianej w art. 67 ustawy o pomocy społecznej, czyli placówek świadczących całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Prowadzenie takiej placówki wiąże się z wypełnieniem przesłanek określonych w ustawie oraz uzyskaniem właściwego miejscowo wojewody. Prowadzenie takiej placówki jest działalnością gospodarczą lub działalnością statutową organizacji pozarządowych i nie mieści się w systemie pomocy społecznej. Uregulowanie zasad prowadzenia takich podmiotów w ustawie o pomocy społecznej miało związek głównie ze zbliżonymi do pomocy społecznej celami takiej działalności oraz standardów i zasad sprawowania opieki.

Świadczenia pomocy społecznej nie są świadczeniami opieki długoterminowej w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, iż pozostają poza systemem ochrony zdrowia. Jednakże relacje pomiędzy tymi świadczeniami i ich wzajemna zależność, a co za tym idzie, realizacja zadań przez władze publiczne, wskazują na potrzebę ścisłej koordynacji. Koherentność świadczeń pomocy społecznej i zdrowotnej jest bezdyskusyjna, została również potwierdzona chociażby takimi eksperymentami, jak dostarczanie świadczeń opieki długoterminowej w domach pomocy społecznej. Z drugiej strony trudno jednoznacznie i precyzyjnie przeprowadzić granicę pomiędzy tymi świadczeniami, co może wskazywać na konieczność systemowego ich połączenia, a co najmniej koordynacji. Ustawa o pomocy społecznej w art. 54 ust. 3 wyznacza granicę, w której osobie spełniającej warunki do uzyskania prawa pobytu w domu pomocy społecznej przysługuje również prawo do opieki

[48] Wszystkie dane pochodzą z Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych* …. www.mpips.gov.pl

długoterminowej finansowanej z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Tą granicą jest stan osoby uprawnionej, w którym wymaga ona zgodnie z ustawą wzmożonej opieki. A. Pietraszewska-Macheta słusznie stwierdza, że „[…] wyłącznie przymiotnik >wzmożona< kwalifikuje daną osobę do realizacji usług określonego typu, z tym zastrzeżeniem, że oznaczać to może zasadniczą zmianę systemu finansowania określonych usług”[49]. Oczywiście takie stosowanie nieostrego pojęcia powoduje określone problemy w praktyce. Pozostaje pytanie, czy osoba pozostająca w domu pomocy społecznej, w sytuacji kiedy zakwalifikuje się ze względu na stan zdrowia do opieki długoterminowej, traci uprawnienie do pobytu w podmiocie funkcjonującym w ramach pomocy społecznej. Inaczej mówiąc, czy uprawnienie do świadczeń opieki długoterminowej wyłącza uprawnienie do pomocy społecznej w formie pobytu w jednostce stacjonarnej. Problem jest tym bardziej poważny, że najczęściej osoby kwalifikujące się do pomocy społecznej z dnia na dzień mogą znaleźć się w stanie wyznaczającym konieczność opieki długoterminowej. Słuszną aczkolwiek ryzykowną tezę wysuwa G. Ninard, który twierdzi, że uznanie konieczności wzmożonej opieki dyskwalifikuje do objęcia danej osoby pomocą społeczną w postaci umieszczenia w domu pomocy społecznej, czyli stanowi negatywną przesłankę dla takiej opieki. Jest w tym wiele racji, jednakże w praktyce może nastręczać wiele wątpliwości związanych z ciągłością opieki.

Rozwiązanie tego problemu jest konieczne, tym bardziej, że mamy do czynienia z dwoma odrębnymi systemami finansowania, co może rodzić określone napięcia. Rozwiązaniem mogłoby być skoordynowanie opieki długoterminowej i pomocy społecznej lub połączenie systemów szczególnie w zakresie opieki nad osobami starszymi, szczególnie gdy będzie to konieczne. Możliwe jest również objęcie dodatkową opieką długoterminową pensjonariuszy domów opieki społecznej. Takie rozwiązanie jest częściowo wykorzystywane, a jego rozwinięcie postulowane jest w projektach zmian legislacyjnych opisanych poniżej.

1.5. Przewidywany kierunek zmian systemowych w opiece długoterminowej

Obecny system opieki zdrowotnej i opieki społecznej niewątpliwie wymaga zmian uwzględniających potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Zmiany mogą odbywać się wewnątrz systemów, jednocześnie tworząc między-systemowe mechanizmy koordynujące. Taki kierunek zmian ma swoje dobre strony. Nie ma potrzeby tworzenia nowych instytucji i organizacji. Wystarczy tylko w ramach pomocy społecznej i ochrony zdrowia w zakresie normatywnym i budżetowym dokonać restrukturyzacji, która może odbywać się stopniowo na zasadzie dostosowywania systemów i mechanizmów koordynujących do bieżących potrzeb. Oczywiście głównym warunkiem sukcesu jest miarodajne badanie zapotrzebowania na

[49] A. Pietraszewska–Macheta, [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska - Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz.* Komentarz do art. 18, www.leex.online.wolterskluwer.pl

świadczenia opieki długoterminowej oraz pomocy społecznej dla osób niesamodzielnych w szczególności ze względu na podeszły wiek. Mechanizmy koordynacyjne muszą zasadzać się na ścisłym rozróżnieniu opieki długoterminowej i pomocy społecznej. Idzie za tym przede wszystkim precyzyjne określenie kryteriów dostępności do opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby zakłady opiekuńcze finansowane w ramach opieki zdrowotnej miały wyższy poziom referencyjny i zajmowały się opieką stacjonarną osób niesamodzielnych, których stan zdrowia jest najcięższy. Z kolei domy opieki społecznej, czyli podmioty, w których udzielana jest stacjonarna pomoc społeczna, powinny zajmować się niesamodzielnością w stopniu lżejszym. Teoretycznie takie możliwości daje obowiązujące prawo, jednak w praktyce z powodu różnic w źródłach finansowania nie ma w tym zakresie konsekwencji. Gminy, na których spoczywa ciężar finansowania, chętniej widzą opiekę nad niesamodzielnymi w zakładach opiekuńczych, których świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są w ramach umowy z NFZ. Jednocześnie, moim zdaniem, nie ma przeszkód w sprawnej koordynacji polegającej na uzupełnianiu pomocy społecznej świadczeniami opieki długoterminowej, a także innymi świadczeniami opieki zdrowotnej. W końcu osoby niesamodzielne zawsze wymagać będą wzmożonej, specjalistycznej opieki medycznej niezależnie od tego, czy system opieki nad osobami niesamodzielnymi będzie usamodzielniony, czy będzie podzielony pomiędzy opieką zdrowotną i pomocą społeczną.

Nie sposób jednakże odmówić uznania twórcom projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Przedstawiona propozycja wydaje się spójna i ewentualne wdrożenie może dać pewne efekty. Dlatego warto omówić ostateczny projekt ustawy datowany na 14 listopada 2014, który ma szanse wejścia w życie. Warto dodać, że przedstawiony ostateczny projekt znacząco różni się od poprzednich wersji, które skłaniały się w stronę ukształtowania nowej, niezależnej polityki państwa - polityki pomocy osobom niesamodzielnym.

Projekt ustawy wprowadza do porządku prawnego zupełnie nowe pojęcia oraz tworzy nowe kompetencje władz publicznych w obszarze ochrony osób niesamodzielnych. Co za tym idzie, odpowiadające im prawa podmiotowe obywateli w zakresie opieki długoterminowej. Projekt ustawy zakłada unormowanie zupełnie nowej, wyodrębnionej polityki państwa - pomoc osobom niesamodzielnym, która mieścić się będzie w pomocy społecznej. Świadczy o tym art. 4 projektu ustawy, który mówi, że przyznanie i realizacja świadczeń z tytułu niesamodzielności oraz kontrola wykonywania niektórych świadczeń jest zadaniem własnym gminy wykonywanym jako zadanie pomocy społecznej.

Projekt ustawy wyodrębnia nową kategorię osób, które uzyskają nowe publiczne prawo podmiotowe, czyli osoby niesamodzielne. Zgodnie ze słownikiem projektu ustawy osoby niesamodzielne to takie osoby, w stosunku do których wydano orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, ze wskazaniem na stopień niesamodzielności, w rozumieniu ustawy o rehabilitacji

zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[50]. Projekt ustawy przewiduje trzy stopnie niesamodzielności, od których uzależniona jest wysokość świadczenia ustalana w stosunku procentowym do wartości najniższej emerytury[51].

Katalog świadczeń przysługujących z tytułu niesamodzielności proponowany w projekcie ustawy obejmuje:

- świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- refundacje kosztów teleopieki,
- refundacje kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych (opieka zastępcza),
- opłacanie składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenie rentowe nieubezpieczonych osób bliskich sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną,
- refundacja kosztów przeszkolenia osób bliskich z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną.

Zgodnie z projektem ustawy, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze są świadczeniem pieniężnym przyznawanym osobie niesamodzielnej na pokrycie kwalifikowanych kosztów opieki albo kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych. Przyznanie świadczeń następuje na wniosek lub z urzędu. Pokrycie kwalifikowanych kosztów opieki polega w istocie na pokryciu wydatków sprawowania opieki przez osobę bliską i dodatkowo kosztów jej szkolenia. W przypadku braku osoby bliskiej, która mogłaby sprawować opiekę, osoba niesamodzielna uprawniona jest do refundacji zakupu usług pielęgnacyjno-opiekuńczych czyli opieki zastępczej. Podobnie uprawnieni do opieki zastępczej ma

[50] Poprzednia wersja projektu ustawy zakładała szerszą definicje osób niesamodzielnych, czyli takich, które skończyły 18 lat i które niezdolne są do samodzielnej egzystencji, która wystąpiła nie później niż przed sześcioma miesiącami, licząc od dnia złożenia wniosku o orzeczenie niepełnosprawności w celu ustalenia stopnia niesamodzielności oraz o przewidywanym okresie trwania powyżej dwunastu miesięcy, wynikającą z naruszenia sprawności organizmu, powodującą konieczność sprawowania opieki w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

[51] Poprzedni projekt ustawy przewidywał ciekawe rozwiązanie ustalające trzy stopnie niesamodzielności, którym miały odpowiadać świadczenia przewidziane w ustawie. Stopień niesamodzielności uzależniony miał być przede wszystkim od wystąpienia niepełnosprawności w stopniu znacznym, której orzekanie miało być powierzone funkcjonującym w obecnym porządku prawnym zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności. Pierwszy największy stopień niepełnosprawności oznaczał niesamodzielność osób, u których ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji całkowicie zależne są od otoczenia i wymagają opieki co najmniej 6 godzin na dobę. Drugi stopień niesamodzielności miał być ustalony wobec niesamodzielnych osób, pozostających w znacznej zależności od otoczenia i w stosunku do których zachodzi konieczność sprawowania opieki w wymiarze minimum 4 godziny. Trzeci stopień niesamodzielności miał oznaczać umiarkowaną zależność osoby niesamodzielnej od otoczenia i konieczność sprawowania opieki, przynajmniej raz dziennie w dwóch rodzajach czynności, w wymiarze minimum 1,5 godziny. Ustalenie stopnia niesamodzielności dokonywane ma być zgodnie z art. 7 ust. 1 projektu ustawy przez funkcjonujące powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności.

przysługiwać osobie niesamodzielnej w przypadku korzystania ze swoistego urlopu przez osobę bliską sprawującą opiekę.

Usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze według projektu ustawy obejmują:

- podstawową pielęgnację ciała - czynności polegające utrzymaniu higieny ciała, w tym związane z wydalaniem oraz niezbędne zabiegi kosmetyczne,
- pomoc w odżywianiu polegającą na przygotowaniu posiłków oraz udzieleniu pomocy przy ich spożywaniu,
- pomoc w przemieszczaniu obejmuje, w szczególności, zmianę ułożenia ciała, przemieszczanie w obrębie mieszkania, a także ubieranie i rozbieranie,
- pomoc w prowadzeniu i zaopatrzeniu gospodarstwa domowego, która może być udzielana jedynie w sytuacji, kiedy osoba niesamodzielna jest samotna albo osoby z nią zamieszkujące nie mogą się tego podjąć.

Świadczenie usług pilęgnacyjno-opiekuńczych wymagać będzie zawarcia umowy o świadczenie usług opiekuńczych pomiędzy pomiotem podmiotem świadczącym usługi a osobą niesamodzielną. Wzór tej umowy oraz jej zakres ma zostać unormowany w akcie wykonawczym, którego delegację przewiduje projekt ustawy w art. 49.

Projektodawca ustawy przewiduje możliwość świadczenia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych w formie opieki domowej lub instytucjonalnej. Taka propozycja unormowania ma niebagatelne znaczenie dla rozwoju usług opiekuńczych w Polsce, bowiem pojawi się prawdopodobnie możliwość zakładania i prowadzenia specjalistycznych podmiotów opiekuńczych, które będą udzielać na zasadzie przewidzianej w projekcie usług w formie pobytu dziennego i ośrodkach pobytu całodobowego. Dla podmiotów świadczących usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze przewidywany jest specjalny rejestr prowadzony przez właściwego miejscowo wojewodę. Związane jest to z tym, iż działalność w zakresie świadczenia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych ma być działalnością gospodarczą regulowaną w rozumieniu ustawy o działalności gospodarczej. Podmiotem świadczącym usługi będzie mógł zostać podmiot: nieposiadający zaległości publicznoprawnych, niekarany za przestępstwo umyślne, posiadający tytuł prawny do lokalu, w którym ma świadczyć usługi oraz który będzie opiekunem profesjonalnym lub będzie zatrudniał opiekunów profesjonalnych. Takie sformułowanie przesłanek nie do końca jest precyzyjne. Pewne wydaje się jedynie, że podmiotem świadczącym usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze będzie mogła być osoba, która jest opiekunem profesjonalnym i w ramach wykonywanych usług prowadzi działalność gospodarczą. Wydaje się, że nie będzie przeciwwskazań dla innych podmiotów, w tym osób prawnych, na prowadzenie takiej działalności po spełnieniu wszystkich wymogów, z których najważniejszym prawdopodobnie będzie zatrudnianie opiekunów profesjonalnych, którzy w przypadku wejścia w życie ustawy stanowić będą nowa grupę zawodową. Zarejestrowany podmiot udzielający usług pielęgancyjno-opiekuńczych będzie podlegał licznym obowiązkom. Należeć do nich między innymi będzie konieczność corocznego informowania organu rejestrowego o rodzajach świadczonych usług i ilości osób, na rzecz których usługi były świadczone. Poza obowiązkiem rejestracyjnym

podmioty wykonujące działalność opiekuńczą obowiązane będą do zgłaszania faktu rozpoczęcia świadczenia tych usług do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce wykonywania działalności. Organ rejestrowy i właściwy ośrodek pomocy społecznej uprawnione będą do kontroli podmiotów wykonujących usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Oprócz nowych podmiotów pielęgnacyjno-opiekuńczych usługi będą mogły być świadczone również przez domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku oraz rodzinne domy pomocy w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej. Do kręgu podmiotów mogących świadczyć usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze należeć mają również podmioty lecznicze. Z takiego sformułowania projektu ustawy wynika prawdopodobnie brak obowiązku dodatkowej rejestracji dla wymienionych podmiotów. Nie jest to jednak jasno określone w omawianym projekcie, który znosi w stosunku do wymienionych jednostek wymóg zawarcia umowy z osobą niesamodzielną oraz określa, że opieka sprawowana przez te podmioty nie będzie opieką instytucjonalną w rozumieniu projektu ustawy. Nie do końca jasne jest wobec tego, jak finansowana będzie opieka sprawowana przez te podmioty.

Opiekunem profesjonalnym będzie mogła zostać osoba, dająca rękojmię należytego sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, niekarana, wobec której nie orzeczono ograniczenia lub pozbawienia władzy rodzicielskiej, a także osoba, która będzie posiadała kwalifikacje niezbędne do sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną potwierdzone dyplomem lub świadectwem ukończenia wyższej lub ponadgimnazjalnej szkoły o profilu medyczno-społecznym albo dyplomem potwierdzającym kwalifikacje w zawodzie w rozumieniu przepisów o systemie oświaty. Wykaz zawodów wpisanych do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, w których kształcenie uprawnia do uzyskania dyplomu lub świadectwa, o którym mowa, określony ma być rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. Według mnie spełnianie przesłanek dotyczących władzy rodzicielskiej jest głęboko kontrowersyjne lub świadczy o nieznajomości prawa przez twórców ustawy, albowiem ograniczenie władzy rodzicielskiej orzeczone przez sąd niekoniecznie świadczy o ujemnych właściwościach danej osoby do świadczenia usług opiekuńczych. Zgodnie z art. 107 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego rodzicom żyjącym w rozłączeniu władza rodzicielska będzie przysługiwać jedynie wyjątkowo w razie zawarcia między nimi odpowiedniego porozumienia. Zgodnie z *ratio legis* powołanego przepisu dla dobra dziecka optymalna jest sytuacja, kiedy tylko jednemu z rodziców przysługuje pełnia władzy rodzicielskiej. Takie rozwiązanie eliminuje możliwości bycia opiekunem profesjonalnym przez osoby, które mają ograniczoną władzę rodzicielską. Wydaje się, że to błąd projektodawców ustawy, który zostanie usunięty.

Poza osobami będącymi opiekunami profesjonalnymi usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze będą mogły być wykonywane przez asystenta osoby niesamodzielnej. Taka działalność według projektu ustawy nie będzie działalnością regulowaną. Oznacza to, że osoba, która będzie prowadziła w ramach zarejestrowanej

działalności gospodarczej tego typu usługi, nie będzie podlegała obowiązkowi dodatkowej rejestracji. To samo będzie dotyczyło podmiotu gospodarczego udzielającego usług pielęgnacyjno-opiekuńczych wykonywanych przez asystentów. Jednakże ta druga sytuacja nie jest do końca klarowna, ponieważ z projektu ustawy bezpośrednio nie wynika, czy będzie istniała możliwość funkcjonowania takich podmiotów. Wydaje się, że *ratio legis* projektowanej ustawy przemawia raczej za indywidualnym stosunkiem umownym pomiędzy asystentem a osobą niesamodzielną, która będzie polegała na indywidualnych usługach, a nie na prowadzeniu działalności gospodarczej. Wskazują na to proponowane przepisy o opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne w pierwszym okresie jego pracy przez starostę. Ponadto wskazanie w projekcie ustawy na ewentualne udzielanie usług przez asystentów jako osób poszukujących pracy i osób bezrobotnych świadczy o potencjalnym kierunku zwalczania bezrobocia przez omawiany projekt ustawy. Z pewnością taki pomysł jest politycznie i społecznie ciekawy, ponieważ jednocześnie rozwiązuje część problemów polityki społecznej. Oczywiście należy z jego oceną wstrzymać się do czasu pierwszych efektów ewentualnego zastosowania. Wymogi dotyczące możliwości bycia asystentem osoby niesamodzielnej zostały w projekcie ustawy określone podobnie jak w przypadku opiekunów profesjonalnych. Jedynie odnośnie do nabycia odpowiednich kwalifikacji projektodawcy ustawy określili konieczność odbycia szkoleń z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną potwierdzonych ukończeniem szkolenia lub posiadaniem wykształcenia uprawniającego do bycia opiekunem profesjonalnym. Przewidziano również zakaz wykonywania usług asystenta w stosunku do osoby, która jest małżonkiem osoby niesamodzielnej alba osobą, na której ciąży obowiązek alimentacyjny.

Kwalifikowane koszty opieki mają obejmować poza zakupem usług pielęgnacyjno-opiekuńczych wydatki rzeczowe poniesione w związku z niesamodzielnością czyli zakup lub wyposażenie wszelkiego rodzaju sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, środków pomocniczych czy preparatów pielęgnacyjnych.

Co ciekawe, projekt ustawy przewiduje przyznanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych także osobie skierowanej do domu pomocy społecznej. Oznacza to, że w ramach wsparcia uzyskiwanego w domu pomocy społecznej osoby niesamodzielne będą mogły korzystać z dodatkowej opieki w formie usług pielęgancyjno-opiekuńczych lub refundacji zakupów przedmiotów rehabilitacyjnych i środków medycznych. Takie założenia pod warunkiem właściwej realizacji mogą w znaczący sposób przysłużyć się do wzrostu poziomu opieki wśród osób niesamodzielnych przebywających w DPS. Projektodawca przewidział nawet zmiany w ustawie o pomocy społecznej w zakresie uzupełnienia decyzji, o której mowa w art. 59 o rozstrzygnięciu o przyznaniu świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńczego na pokrycie kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Z uprawnienia do uzyskania świadczenia pielegnacyjno-opiekuńczego wyłączone mają być osoby niesamodzielne, których osoba bliska pobiera specjalny

zasiłek pielęgnacyjno-opiekuńczy lub świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przyznanej na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz osoby niesamodzielne, których osoby bliskie pobierają zasiłek dla opiekunów przewidziany w ustawie o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

Projekt ustawy nie zakłada, jak dotychczasowe projekty, wysokości kosztów refundowanych świadczeń. Przewiduje jedynie swoisty czekowy system realizacji świadczenia pieniężnego, według którego opłacanie świadczeń polegać ma realizacji czeku opiekuńczego czyli dokumentu, w którym osoba niesamodzielna poleca gminie dokonanie na rzecz podmiotu świadczącego usługi pielegnacyjno-opiekuńcze zapłaty za te usługi.

Świadczenie teleopieki według projektu ustawy oznacza refundację usługi zapewniającej bezpieczeństwo osobom niesamodzielnym świadczoną z wykorzystaniem systemu powiadamiania i monitoringu elektronicznego. Refundacja kosztów teleopieki przysługiwać ma w sytuacji, kiedy osoba niesamodzielna jest w stanie używać urządzeń niezbędnych przy świadczeniu teleopieki oraz jeżeli teleopieka jest konieczna dla zapewnienia bezpieczeństwa osobie niesamodzielnej.

W postępowanie dotyczące przyznania przewidzianych projektem ustawy świadczeń osobom niesamodzielnym zaangażowane mają być ośrodki pomocy społecznej. Przyznanie świadczeń następować ma w formie decyzji administracyjnej wydawanej przez kierownika ośrodka pomocy społecznej działającego w imieniu wójta, burmistrza lub prezydenta. Katalog świadczeń przyznawanych uprawnionym osobom niesamodzielnym jest bardzo rozbudowany. Należy zwrócić uwagę, iż ustawa jednoznacznie podkreśla, że pierwszeństwo przed innymi formami stacjonarnymi ma pomoc udzielana w domu osoby podopiecznej. Jest to na pewno uzasadnione chociażby badaniami i doświadczeniami zdobytymi w innych krajach. Ponadto wielorodzajowość świadczeń opiekuńczych oznacza zgodnie z projektem ustawy również możliwość wyboru przez osobę niesamodzielną lub opiekuna optymalnego rodzaju i zakresu wsparcia.

Autorzy projektu jako źródła finansowania świadczeń wskazują utworzenie specjalnego Funduszu Zabezpieczenia Społecznego, który ma być państwowym funduszem celowym, dysponentem którego ma być minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego. Głównym źródłem zasilającym budżet mają być dotacje z budżetu państwa. W ustawie mowa jest również o środkach pochodzących z Unii Europejskiej. Obecnie prowadzona polityka unijna nie przewiduje systemowego wsparcia finansowania świadczeń zdrowotnych i społecznych i raczej w tym zakresie zmiany nie są przewidywane. Oczywiście nie należy wykluczać finansowania realizacji projektów europejskich poświęconych osobom niesamodzielnym. Być może w przyszłości finansowanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych będzie pochodziło ze składki ubezpieczeniowej. Na razie taka idea z przyczyn politycznych wydaje się trudna do zrealizowania. Środki z Funduszu Zabezpieczenia Społecznego przeznaczane będą w pierwszej kolejności na dofinansowanie zadań gminy z zakresu przyznania i wypłaty świadczeń z tytułu

niesamodzielności czyli działań organizacyjnych i finansowania kosztów samych świadczeń. Ponadto środki z funduszu mają służyć finansowaniu programów rządowych, ukierunkowanych na rozwój zasobów ludzkich oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niesamodzielnych, wsparcie ich rodzin, a także programów wspierających gospodarkę, w tym sektor małych przedsiębiorstw. Środki dla gmin na realizację ich zadań związanych ze świadczeniami mają być wypłacane na podstawie algorytmu, który będzie określony rozporządzaniem.

Poza stworzeniem specjalnego Funduszu projekt ustawy przewiduje również utworzenie Rady do Spraw Osób Niesamodzielnych, która ma być organem opiniodawczo-doradczym przy ministrze właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego. Zadania rady w istocie mają koncentrować się na działaniach polegających między innymi na wyznaczaniu kierunków badań i analiz dotyczących zjawiska niesamodzielności, opracowywaniu projektów rozwiązań systemowych, opiniowaniu rozwiązań legislacyjnych, przygotowywaniu standardów usług, monitorowaniu rynku usług, proponowaniu działań promocyjnych *etc*. Wobec takiego charakteru zadań rady wydaje się, że projektodawca ustawy zapomniał o przydzieleniu kompetencji zarządzania Funduszem i koordynującym działania administracji rządowej i samorządowej. Chyba że zadania te ma wykonywać minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego.

W poprzednich wersjach projektu ustawy przewidywano likwidację zasiłku opiekuńczego wypłacanego dzisiaj wszystkim osobom, które ukończyły 75 rok życia. W tym zakresie był to projekt politycznie iście karkołomny i trudny do przeprowadzenia. Osoby starsze zgodnie z regułami demokracji uprawnione są do podejmowania decyzji wyborczych, a likwidacja uprawnienia nie będzie oznaczała akceptacji wyborców. Niemniej jednak takie rozwiązanie nie jest pozbawione sensu, w końcu wypłata tego rodzaju zasiłku winna mieć swoją podstawę w określonym stanie faktycznym uzasadniającym finansowanie opieki. Kwota zasiłku dzisiaj równa też powinna być zróżnicowana, to nie ulega wątpliwości. Projektodawca przewidział wspomniane mechanizmy przeciwdziałające podwójnemu finansowaniu, polegające na zakazie kumulacji świadczeń.

Zgodnie z wolą ustawodawcy główny ciężar organizacyjny prowadzenia polityki wsparcia poniesie samorząd terytorialny. Oczywiście rozwiązanie to jest jedyne z możliwych. Trudno wyobrazić sobie tworzenie specjalnych struktur administracji rządowej. Takie rozwiązanie byłoby zbyt kosztowne i organizacyjnie niemożliwe.

Pomimo pewnej sensowności proponowanych rozwiązań warto wskazać również na wady nowego systemu. Ustanowienie nowej tak znaczącej kategorii publicznych praw podmiotowych wymaga reorganizacji całego systemu pomocy społecznej i zmian w systemie opieki zdrowotnej w kategorii opieki długoterminowej. Projektodawca proponuje nową kategorię polityki społecznej - osoby niesamodzielne, liczną grupę uprawnionych wyodrębnionych ze względu na inne kategorie niż przewidziane w konstytucji. Wprowadzanie ustawy oznacza pojawienie się nowego zadania dla państwa a przede wszystkim samorządu.

Wyodrębnienie nowego systemu wsparcia oznacza nie tylko nowe kompetencje dla administracji, ale również zmiany w strukturze finansów publicznych. Nie do końca jasne są również zasady finansowania nowych świadczeń. Szczególnie zwrócić należy uwagę na ryzyko podwójnego finansowania opieki w DPS, które może przybrać patologiczną formę. Pojawienie się nowych uprawnień wraz z nowymi źródłami finansowania oznaczać będzie duże zainteresowanie na rynku nowych podmiotów opiekuńczych. Bardzo możliwe, że skala niesamodzielności w naszym społeczeństwie okaże się znacznie większa niż w rzeczywistości, a będzie z pewnością rosła wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Szczególnie atrakcyjna może się okazać również możliwość finansowania osób bliskich, takie udogodnienia mogą w rzeczywistości spowodować częściową likwidację ukrytego bezrobocia - zjawiska społecznego szczególnie występującego na wsiach.

Tworzenie nowych kompetencji, struktur i funduszy niechybnie oznacza zwiększenie ingerencji administracji publicznej w sferę społeczną. Idee są szczytne i uzasadnione, ale to jednak nowa sfera oddziaływania, która będzie miała konsekwencje nie tylko w strefie wsparcia i grupie nowych uprawnionych, lecz także w obecnej strukturze społecznej. Projekt ustawy przewiduje powstanie nowej, coraz liczniejszej grupy zawodowej, przewiduje również zmiany w obecnej strukturze społecznej poprzez możliwość wycofania się z życia zawodowego rodzinnych opiekunów osób niesamodzielnych. Jednym słowem problem jest poważny, a ostrożność w takich sprawach jest koniecznością.

Jedną z koncepcji w zakresie wsparcia systemowego dla niesamodzielnych osób starszych jest zaproponowanie osobom opiekującym się osobami starszymi ustawowych ulg w wymiarze czasu pracy. A. Furmańska-Maruszak postuluje uelastycznienie czasu pracy opiekunów osób starszych, co z jednej strony gwarantuje zwiększenie jakości takiej opieki, a z drugiej przeciwdziała opuszczaniu rynku pracy przez opiekunów. Uelastycznienie może polegać na zmiennej organizacji czasu pracy lub udzielaniu specjalnych urlopów dla opiekunów. Z pewnością takie rozwiązania należy ocenić pozytywnie w kontekście efektywności. Nie ulega wątpliwości, że zaangażowanie dobrowolnych opiekunów decyduje o najwyższej jakości opieki, a co za tym idzie - zmniejszeniu kosztów wydatków publicznych w tym zakresie[52].

Z badań Komisji Europejskiej[53] wynika, że większość państw członkowskich poszukuje właściwej drogi związanej z integracja świadczeń opieki długoterminowej, które udzielane są w systemie ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz poprzez działania nieformalne. Niektóre kraje europejskie, takie jak Wielka Brytania, Portugalia czy Belgia, dokonały już integracji systemu. Polska, jak większość krajów Europy środkowo-wschodniej, dopiero próbuje znaleźć właściwy model. Opisany projekt ustawy jest pierwszą poważną próbą w tym zakresie. Projektodawcy wycofali się jednak z działań koordynujących, próbując

[52] A. Furmańska-Maruszak, *System wspierania aktywności zawodowej rodzinnych opiekunów osób starszych*, „Polityka Społeczna", nr 7/2015.

[53] *Long-term Care in Eurpean Union, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities* – Unit E.4 Manuscript completed in August 2008, s. 3.

zmienić tylko system pomocy społecznej, a właściwie powiększyć jego obszar o działania pielęgnacyjno-opiekuńcze. Projektowana ustawa nie odniosła się w żaden sposób do koordynacji działań opiekuńczych z systemem ochrony zdrowia, w którym dzisiaj faktycznie ulokowana jest opieka długoterminowa. Brak koordynacji pomiędzy ochroną zdrowia i pomocą społeczną jest obecnie największym problemem w efektywnym wykonywaniu zadań publicznych polegających na wsparciu osób niesamodzielnych i opiece nad nimi. Brak tej koordynacji powoduje ograniczoną dostępność do świadczeń opiekuńczych, pomocy społecznej i świadczeń opieki długoterminowej. Wystarczy spojrzeć na dane dotyczące kolejek oczekujących na pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i domach pomocy społecznej. Takie działania przyczyniają się do marnotrawstwa środków na szpitalną opiekę medyczną. Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania w dalszym ciągu nie postulują rozwiązań systemowych, a wręcz je utrwalają, proponując mechanizmy podwójnej opieki w domach pomocy społecznej, których podopieczny byłby objęty dodatkowymi świadczeniami zamiast opieką długoterminową. Wygląda na to, że projektodawcy, mając wizję koordynacji, musieli ograniczyć się do zmian w prawie niewpływających na sytuację systemu ochrony zdrowia, której reformowanie w zakresie udzielania świadczeń opiekuńczych wyraźnie jest ograniczone.

ROZDZIAŁ 2.
ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

2.1. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki długoterminowej

Uprawnienia obywateli do świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 68 konstytucji nie mają charakteru bezwarunkowego. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wyraźnie stanowi, że prawo do świadczeń mają zgodnie z art. 2 przede wszystkim osoby ubezpieczone objęte powszechnym, obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, a także inne osoby wymienione w powołanym artykule. Osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu to zdecydowana większość społeczeństwa, zgodnie z art. 66 u.ś.o.z. pracownicy, rolnicy, osoby prowadzące działalność gospodarczą, emeryci i renciści, żołnierze, funkcjonariusze służb mundurowych, studenci, bezrobotni, prokuratorzy i sędziowie, a także członkowie rodzin ubezpieczonych *etc*. Ponadto osoby niewymienione w art. 66 ust. mogą ubezpieczyć się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68. W związku z takim zakresem osób ubezpieczonych jedynie niewielka ilość społeczeństwa pozostaje poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przez co nie ma możliwości być świadczeniobiorcą świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia opieki zdrowotnej zostały zdefiniowane w art. 15 ust. 1 u.ś.o.z. jako świadczenia, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie. Świadczenia opieki zdrowotnej dzielą się zgodnie ze słownikiem przedmiotowej ustawy (art. 5) ustawy na:

- świadczenia zdrowotne - działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania,
- świadczenia zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze,
- świadczenia zdrowotne towarzyszące - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

Katalog zamknięty świadczeń gwarantowanych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w całości lub współfinansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie o przysługujących świadczeniobiorcy, został określony w art. 15 ust. 2 u.ś.o.z.. Jest to tak zwany

katalog pozytywny, często nazywany „koszykiem świadczeń gwarantowanych", czyli świadczeń, do jakich uprawniony jest ubezpieczony świadczeniobiorca. Katalog ten zawiera w pkt. 6 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, a także między innymi świadczenia: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, leczenia stomatologicznego, leczenia uzdrowiskowego, ratownictwa medycznego, opieki paliatywnej i hospicyjnej, świadczeń wysokospecjalistycznych, programów zdrowotnych, leków i wyrobów medycznych dostępnych na receptę *etc*. T. Sroka zarzuca tak sformułowanemu „koszykowi świadczeń gwarantowanych" słabość, polegającą na tym, że: „[…] nie wykazuje on w sposób precyzyjny poszczególnych procedur medycznych uznanych za świadczenia gwarantowane, z uwzględnieniem dokładnego opisu ich przeprowadzenia oraz stosownej aparatury i materiałów, lecz jedynie w sposób bardzo ogólny i lakoniczny określa rodzaje świadczeń zdrowotnych należne pacjentom korzystającym ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanym ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych środków publicznych"[54].

Ustawa w swojej treści bezpośrednio precyzuje zakres świadczenia opieki długoterminowej w części dotyczącej świadczeń bytowych i kosztów wyżywienia świadczeniobiorców przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Koszty wyżywienia i zakwaterowania są niezależne od świadczeń opieki długoterminowej i zobowiązany do ich ponoszenia jest świadczeniobiorca na podstawie art. 18 u.ś.o.z.. Koszt tych świadczeń jest zryczałtowany ustawowo i wynosi 250% najniższej emerytury, jednakże opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej. W przypadku dziecka opłata wynosi stosunkowo 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie. Ustalenie zakresu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej - opieki długoterminowej poprzez oddzielenie samych świadczeń od usług zamieszania i wyżywienia jest rozwiązaniem bardzo podobnym jak w systemie opieki społecznej w zakresie finansowania pobytu w domu pomocy społecznej. Jednakże wyraźnie widać, że takie podobieństwo musi powodować dodatkowe finansowanie związane ze wzmożoną i kompleksową opieką medyczną przysługującą uprawnionemu w ramach świadczeń. Ostatnie nowelizacje omawianej ustawy przeprowadzone 25 lipca 2014 r. zmieniły i doprecyzowały zasady odpłatności za pobyt i wyżywienie dzieci w zakładach opieki długoterminowej[55].

W zakresie gwarantowanych świadczeń opieki długoterminowej wypowiedział się Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 marca 2012 r., w którego tezie stwierdził, że treść prawa podmiotowego do świadczeń opieki zdrowotnej

[54] T. Sroka, *Treść zasady zapewnienia pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych,* [w:] *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku.* LEX 2013

[55] Mowa o ustawie z dnia 25 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1188).

wyznaczana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który, realizując ustawowe obowiązki, polegające na zapewnieniu ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, zawiera umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. W związku z czym podstawą udzielania świadczeń ubezpieczonemu jest właśnie ta umowa a nie dowolnie sformułowane prawo podmiotowe. Dotyczyło to również świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej na podstawie decyzji administracyjnej, która stanowiła do 2012 r. podstawę do przyjęcia do podmiotu opieki długoterminowej.

Świadczeniobiorca ma w istocie prawo do świadczeń opieki długoterminowej w granicach umowy zawartej przez świadczeniodawce z NFZ[56]. To bardzo ważne orzeczenie nie tylko ze względu na świadczenia gwarantowane z uwagi na opiekę długoterminową, ale wszystkie świadczenia gwarantowane. Jednakże takie rozstrzygnięcie nasuwa wiele wątpliwości. Po pierwsze, w istocie uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia mogą nie tylko kształtować, ale i modyfikować prawa podmiotowe ubezpieczonych poprzez ustalanie warunków umowy ze świadczeniodawcą. Po drugie, właściwa realizacja przez zobowiązane podmioty uprawnienia podmiotowego jest uwarunkowana również świadomością uprawnionego w zakresie przysługujących mu uprawnień. Tylko wyczerpująca i szczegółowa znajomość katalogu publicznych praw podmiotowych daje gwarancję właściwej realizacji przez zobowiązane podmioty. Ponadto tylko taka świadomość może stanowić podstawę formułowania ewentualnych roszczeń, których możliwość wysuwania stanowi o istocie tych praw. Nie ulega wątpliwości, co podkreśla G. Machulak, że umowa zawarta przez płatnika ze świadczeniodawcą powinna dotyczyć jedynie świadczeń gwarantowanych czyli finansowanych ze środków publicznych udzielanych według procedur i standardów określonych w u ś.o.z. i aktach wykonawczych[57].

Ustawodawca jednakże nie zdefiniował opieki długoterminowej w przedmiotowej ustawie, co nie wydaje się działaniem mającym cechy spójności. Używając takiego określenia w ustawie powinno się je zdefiniować lub scharakteryzować chociażby w pośredni sposób. Na podstawie sformułowań ustawowych pozostaje jedynie interpretacja, że świadczenia opieki długoterminowej to świadczenia udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń oraz warunki ich udzielania został natomiast unormowany w kolejnych aktach wykonawczych do ustawy.

Warunkiem realizacji gwarantowanego świadczenia zdrowotnego, jakim jest świadczenie opieki długoterminowej, jest uprzednie skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego czyli zgodnie z ustawą lekarza, z którym NFZ zawarł umowę o świadczenia opieki zdrowotnej, albo lekarza, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy związanego umową z płatnikiem. Ustawa w art. 33 a u.ś.o.z., w którym przepis uzależnia przyznanie świadczenia

[56] III CSK 217,11 LEX 1224682

[57] G. Machulak [w:], ….

pielęgnacyjnego lub długoterminowego od skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, ustanawia delegację ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia procedury kierowania i przyjmowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz sposób ustalania odpłatności za pobyt. W wydanym na podstawie powołanego artykułu rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych[58] nie znajdziemy definicji ani charakterystyki tych świadczeń, a jedynie procedurę kierowania do jednostek opieki długoterminowej z uwzględnieniem wymaganej dokumentacji oraz sposób odpłatności za pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Niezwykle istotna zarówno dla całego systemu ochrony zdrowia jak i dla świadczeń opieki długoterminowej jest ogólna delegacja ustawowa dla ministra do spraw zdrowia, którą ustanawia art. 31 d u.ś.o.z., zobowiązujący ministra do określenia poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego oraz warunków jego realizacji, w tym warunków dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń. Na podstawie tego przepisu Minister Zdrowia wydał między innymi rozporządzenie z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej[59] (zwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń opieki długoterminowej). Akt ten w niewielkim jedynie zakresie, odnoszącym się do świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, został zmieniony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej[60]. Zgodnie z §3 rozporządzenia w sprawie świadczeń opieki długoterminowej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane są w warunkach stacjonarnych lub domowych. Równie istotne jest wskazanie poziomu wykonywania świadczeń w ramach opieki długoterminowej, które zgodnie z §3 pkt.2 rozporządzenia w sprawie opieki długoterminowej powinny być udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Ciekawe jest odniesienie do aktualnej wiedzy medycznej, która jest przeciwstawiona medycynie niekonwencjonalnej, ludowej czy orientalnej. Warto zaznaczyć, iż identyczne określenie zostało unormowane w innych rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących wszystkich świadczeń gwarantowanych.

Uprawnionym na podstawie § 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń opieki długoterminowej do uzyskania świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest

[58] DZ. U. poz. 731

[59] Dz. U. 213 poz. 1418

[60] Dz. U. poz. 960.

świadczeniobiorca, który ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności - skalą Barthel, otrzymał 40 punktów lub mniej. Kwalifikacji do uzyskania świadczeń stacjonarnych dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego.

Gwarantowane świadczenia opieki długoterminowej udzielane w warunkach stacjonarnych zgodnie z § 4 rozporządzenia obejmują:

- świadczenia udzielane przez lekarza,
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzona w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
- świadczenie psychologa,
- terapię zajęciową,
- leczenie farmakologiczne,
- leczenie dietetyczne,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Ponadto zgodnie z §4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń opieki długoterminowej w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki.

Świadczenia opieki długoterminowej mogą być również udzielane w warunkach domowych przez z pielęgniarską opiekę długoterminową domową. Zakres takich świadczeń zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia obejmuje:

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością,
- świadczenia pielęgnacyjne zgodnie z procesem pielęgnowania,
- edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym,
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Opieką długoterminową domową można obejmować również świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania inwazyjnej lub nieinwazyjnej, ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, który nie wymaga hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub zakładach udzielających całodobowych świadczeń, które jednak wymagają stałego

specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji oraz rehabilitacji. Świadczenia takie wykonywane są przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w Zarządzeniu nr 87/2013/DSOZ z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenie pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej definiuje oraz w pewnej mierze powiela, a także uzupełnia zakres świadczeń opieki długoterminowej, który został unormowany w powołanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jest zastanawiające, że prezes NFZ wydaje niezależny akt prawny wewnętrznie obowiązujący, który niejako „rywalizuje" z aktem powszechnie obowiązującym, czyli rozporządzaniem ministra. Tym bardziej, że rozporządzenie, o którym mowa, wyraźnie odnosi się do świadczeń gwarantowanych czyli finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Rozporządzenie to nie standaryzuje opieki długoterminowej finansowanej z alternatywnych w stosunku do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego środków finansowych. Nie ma więc potrzeby ponownego definiowania i ustalania zakresu świadczeń przez prezesa NFZ. Jeżeli zarządzenie prezesa NFZ pozostawałoby w sprzeczności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, łamałoby normy prawa powszechnie obowiązującego. Co prawda teoretycznie zarządzenie odnosi się do warunków zawierania i realizacji umów, jednakże, o czym była mowa już wcześniej, to właśnie umowa konkretyzuje w istocie charakter i zakres świadczeń gwarantowanych. W związku z tym takie zarządzenie, które ma newralgiczny charakter dla zawieranych umów, w praktyce ma przemożny wpływ na realizację gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej. Zarządzenia prezesa NFZ wydawane są na podstawie art. 146 u.ś.o.z., według którego powinny określać przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Ważkość wydawanych przez prezesa NFZ zarządzeń jest bezsprzeczna. Orzecznictwo sądowe i praktyka konkursów poprzedzających zawieranie umowy wskazują, że zarządzenia stają się w istocie aktami kluczowymi o charakterze zbliżonym do powszechnie obowiązującego prawa. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 16 stycznia 2012 r. wskazał, że „[…] określenie warunków wymaganych od uczestników konkursu nie kreuje praw praw czy tez obowiązków potencjalnych uczestników tego konkursu, lecz wskazuje (poprzez określenie wymagań) adresatów, którzy mogą wziąć udział w konkursie"[61].

Omawiane zarządzenie w §10 ust. 5 definiuje, co oznacza kontynuacja leczenia, a także wyznacza zakres świadczeń długoterminowych w rozumieniu Prezesa NFZ. Zgodnie z tym przepisem świadczeniobiorcy przewlekle chorzy oraz ci, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym - jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną są niesamodzielni w samoopiece i samopielęgnacji

[61] VI SA/Wa 1545/11, LEX nr 1121765

i wymagają łącznie stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz umieszczenia w zakładzie opiekuńczym. Kontynuacja leczenia w rozumieniu powołanego przepisu oznacza dalsze postępowanie lecznicze, w tym również żywienie dojelitowe i pozajelitowe, odpowiadające stanowi zdrowia świadczeniobiorcy. Kontynuacja leczenia obejmuje także podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, według indywidualnej oceny dokonywanej przez lekarza zakładu opiekuńczego. W powołanym §10 zostało również doprecyzowany zakres i wyjaśnione zostało pojęcie żywienia pozajelitowego i dojelitowego w opiece długoterminowej.

Szczegółowo w omawianym zarządzeniu została scharakteryzowana długoterminowa opieka domowa. W rozdziale 5 pt. „Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych" wymienione zostały zadania świadczeniodawcy i zakres świadczeń. Zgodnie z § 13 ust. 1 zarządzenia pielęgniarska domowa opieka długoterminowa jest to opieka nad przebywającymi w domu przewlekle chorymi, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych. Podstawowy ciężar wykonywania świadczeń w opiece długoterminowej spoczywa na pielęgniarce, która wykonuje czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Pielęgniarka w ramach świadczeń zapewnia podstawowe wyroby medyczne w zakresie wyposażenia nesesera pielęgniarskiego. Pielęgniarka opieki długoterminowej zobowiązana jest monitorować stan zdrowia pacjenta zarówno w zakresie niezbędnym dla modyfikacji niezbędnej opieki jak i podjęcia innych działań związanych z pogorszeniem stanu zdrowia.

Wymienione przepisy ustawowe oraz akty wykonawcze, a także zarządzenie dotyczące wymagań konkursowych, precyzują listę świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej. Jak się okazuje na zakres świadczeń wpływ mają również umowy na realizacje świadczeń zawieranych pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem. Pozostaje jeszcze jedna istotna kwestia dotycząca możliwości realizacji uprawnienia do gwarantowanego świadczenia opieki długoterminowej, czyli kwestia dostępności do świadczeń. Czynnik ten jest wprost uzależniony od zawartych umów na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej, a w istocie od liczby zakontraktowanych świadczeń. Ograniczona dostępność do świadczeń jest faktem odnoszącym się do większości udzielanych świadczeń, dlatego ustawodawca unormował zasady udzielania świadczeń zdrowotnych według kolejności zgłoszenia. Zasady te unormowane są w powołanym zarządzeniu, które w §10 ust. 5 definiuje, co oznacza kontynuacja leczenia, a także wyznacza zakres świadczeń długoterminowych w rozumieniu Prezesa NFZ, zgodnie z tym przepisem świadczeniobiorcy przewlekle chorzy oraz ci, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym - jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną są

niesamodzielni w samoopiece i samopielęgnacji i wymagają łącznie stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz umieszczenia w zakładzie opiekuńczym. Kontynuacja leczenia w rozumieniu powołanego przepisu oznacza dalsze postępowanie lecznicze, w tym również żywienie dojelitowe i pozajelitowe, odpowiadające stanowi zdrowia świadczeniobiorcy. Kontynuacja leczenia obejmuje także podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, według indywidualnej oceny dokonywanej przez lekarza zakładu opiekuńczego u.ś.o.z. w art. 35 daje świadczeniobiorcy w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w związku z udzielaniem świadczeń opieki długoterminowej prawo do zapewnienia bezpłatnych leków i wyrobów medycznych, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. To niezwykle ważne uprawnienie, które jest gwarancją prawidłowego i efektywnego udzielania świadczeń opieki długoterminowej. Stanowi ono o wyraźnej różnicy w stosunku do świadczeń stacjonarnych udzielanych w ramach systemu pomocy społecznej. Warto dodać, że takie ukształtowanie uprawnień nakłada dodatkowe obciążenia finansowe na podmioty świadczące opiekę długoterminową, które muszą zapewnić leczenie czasem kosztochłonnych jednostek chorobowych.

2.2. Finansowanie świadczeń opieki długoterminowej w ramach NFZ

Podstawowym źródłem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej jest powszechne ubezpieczenie zdrowotne[62]. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej nie była pierwszym aktem normującym zasady realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia. W ciągu zaledwie kilkunastu lat mieliśmy do czynienia z gwałtownym procesem legislacyjnym w tym obszarze. Pierwszym aktem prawnym dotyczącym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w powojennej Polsce[63] była ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 r., obowiązująca

[62] Do momentu wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce obowiązywał system opieki zdrowotnej oparty na wzorcu radzieckim (zwany modelem Siemaszki). System ten zakładał pełny monopol państwowej służby zdrowia, która finansowana była metodą nakazowo-rozdzielczą z budżetu państwa. Również pełną odpowiedzialność za organizację i udzielania świadczeń zdrowotnych w państwowych jednostkach służby zdrowia miały władze państwowe. Trzeba zwrócić uwagę, że częste są postulaty powrotu do systemu budżetowego a wynikają one najczęściej z uwypuklających się patologii systemu kontraktowania świadczeń, który pozostając poza kontrolą władz zagraża gwarancjom bezpieczeństwa zdrowotnego.

[63] Pierwszym aktem prawnym normującym w Polsce zasady ubezpieczenia zdrowotnego była ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. nr 44, poz. 272). Ustawa ta była bardzo nowoczesna i wprowadziła zasady ubezpieczenia zdrowotnego jak i realizacji wynikających z nich świadczeń. Zakres ubezpieczenia był stosunkowo szeroki i obejmował większość zatrudnionych a przemyśle, usługach i rolnictwie. Prócz tego na podstawie ustawy istniała możliwość ubezpieczania dobrowolnego. Co ciekawe w ramach ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonym przysługiwały nie tylko świadczenia zdrowotne ale również zasiłki chorobowe. Najważniejsza instytucją ubezpieczeniowa były powiatowe Kasy Chorych, do których należeli ubezpieczeni.

od 1 stycznia 1999 r. Ustawa ta weszła w życie wraz z reformą systemu ochrony zdrowia, którego była podstawą. Oprócz zmiany systemu finansowania świadczeń z budżetowego na ubezpieczeniowy, reforma doprowadziła do usamodzielnienia zakładów opieki zdrowotnej, których podstawą działalności stała się umowa z Kasą Chorych. Reforma zapoczątkowała również prywatyzację usług zdrowotnych, bowiem możliwość uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej uzyskały również zakłady niepubliczne. Niestety, cele reformy nie zostały w pełni osiągnięte ze względu na brak właściwego jej przygotowania, szczególnie w sferze informacyjnej. Ponadto, zrównanie w czasie reformy ochrony zdrowia i decentralizacji administracji publicznej nie było, jak się okazało, najlepszym pomysłem. Nowo powstałe jednostki administracji samorządowej - powiaty i województwa obok intensywnie realizowanych zadań samoorganizacyjnych musiały jednocześnie odpowiadać za przejęte zakłady opieki zdrowotnej, które co prawda zostały oddłużone, jednakże nie zreformowane. Wśród tych podmiotów były szpitale rejonowe, borykające się od lat z wieloma problemami przestarzałej infrastruktury, braków kadrowych, słabości zarządzania. Szpitale te wobec nowego systemu finansowania powszechnie popadały w spirale zadłużenia i pomimo kilkukrotnego centralnego oddłużania, problemu nie udało się rozwiązać. Z perspektywy lat okazuje się, że rozwiązania wprowadzone przez ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym były dobre i ich udoskonalenie mogło spowodować poprawę działania systemu. Największą zaletą, moim zdaniem, była regionalizacja płatnika, czyli funkcjonowanie Kas Chorych w wymiarze wojewódzkim. Niestety, polityczna niechęć do decentralizacji i historyczne uwikłanie w system centralnego sterowania spowodowały likwidację Kas Chorych ustawą z dnia 20 lutego 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia[64]. Zgodność z prawem nowej ustawy została szybko podważona przez Trybunał Konstytucyjny, który wyrokiem z dnia 7 stycznia 2004 r. orzekł o niekonstytucyjności niektórych przepisów tego aktu. Przede wszystkim Trybunał Konstytucyjny uznał za niekonstytucyjny przepis z art. 36 ust.1 zaskarżonej ustawy, który stanowił o utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia. W konsekwencji całość organizacji i kompetencji NFZ pozostawała w sprzeczności z konstytucją. W szczególności według Trybunału Konstytucyjnego ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia nie była gwarancją realizacji przez państwo konstytucyjnej normy z art. 68 ust.1, która dawała każdemu obywatelowi równe prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa, zdaniem Trybunału, nie określiła w należyty sposób zakresu gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, wobec czego obywatele płacący składki nie mogli zidentyfikować swoich uprawnień. Wadliwość zaskarżonej ustawy była tak fundamentalna, że nie mogło być mowy o jej nowelizacji. Dlatego już w 2004 r. weszła w życie nowa, obecnie obowiązująca ustawa, która ma pewne cechy aktu systemowego głównie przez częściowe unormowanie kompetencji władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia. Niestety ten zakres unormowania jest wyjątkowo skąpy i nieprecyzyjne wobec

[64] Dz. U. 93 nr poz. 864.

czego postulaty kompleksowego unormowania systemu ochrony zdrowia ciągle są zgłaszane.

Głównym przychodem NFZ jest składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, która obecnie wynosi 9% podstawy wymiaru składki. Podstawa wymiaru składki jest zróżnicowana w zależności od rodzaju osiąganego dochodu, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników. Składka płacona jest w wymiarze miesięcznym, a jej wartość wzrosła o półtora punktu procentowego w stosunku do wysokości z 1999 r. Wobec postulatów dofinansowania systemu ochrony zdrowia, negatywnych zjawisk demograficznych i wzrostu cen usług i materiałów medycznych, należy się spodziewać wzrostu wysokości składki nawet do 11%[65]. Wysokość składki wyrażona w procentach wskazuje na realizację przez powszechne ubezpieczenie zdrowotne zasady solidarności społecznej, a także równego traktowania obywateli. Według tak unormowanego systemu sytuacja ubezpieczonych a w konsekwencji świadczeniobiorców jest jednakowa, niezależnie od okresu ubezpieczenia i wysokości odprowadzonych składek. Kolejną zasadą systemu jest możliwość wyboru świadczeniodawców spośród podmiotów świadczących w ramach systemu. Oczywiście w praktyce dokonywanie wyboru jest istotnie ograniczone listą oczekujących i limitowaną wysokością kontraktu. W praktyce najpełniej wybór realizowany jest w ramach świadczeń ambulatoryjnych, w szczególności w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jednakże nawet w tym zakresie w rzeczywistości wybór mają przede wszystkim mieszkańcy dużych miast, w których występuje wielość świadczeniodawców.

Problem ustalenia zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych czyli ustalenia świadczeń gwarantowanych jest jednym z najistotniejszych problemów dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Jest oczywiste, że środki finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej ograniczone są w praktyce przede wszystkim możliwościami finansowymi budżetu NFZ. Równie oczywistym jest fakt, że środki te nie są i nie będą wystarczające na pokrycie wszystkich koniecznych wydatków na świadczenia dla ubezpieczonych. Również państwo, dla którego system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest podstawowym rozwiązaniem i gwarancją realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, współfinansować opiekę zdrowotną może jedynie w niewielkim stopniu. Dlatego jeszcze raz warto podkreślić, jak istotne ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne świadczeniobiorcy jest precyzyjne określenie zakresu przedmiotowego gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i zasad ich finansowania.

Praktycznie wszystkie środki publiczne służące finansowaniu świadczeń zdrowotnych pozostają w dyspozycji NFZ, który zgodnie z art. 96 ustawy jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Do głównych zadań NFZ należy zarządzanie przychodami NFZ, do których należą przed wszystkim składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także środki przekazane na realizację zadań zleconych czy dotacje celowe, o których to przychodach mówi art.

[65] Taką wysokość składki deklaruje między innymi PiS.

116. Zarządzanie to polega na przede wszystkim na: finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, finansowaniu medycznych czynności ratunkowych oraz finansowaniu programów zdrowotnych. Ponadto do zadań NFZ należy:

- realizacja programów zdrowotnych,
- monitorowanie ordynacji lekarskich,
- promocja zdrowia,
- wykonywanie zadań zleconych przez Ministra Zdrowia,
- prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Dane finansowe wskazują, że NFZ rokrocznie przeznacza na świadczenia opieki zdrowotnej coraz większą kwotę. W planie finansowym na 2015 r. kwota wynosi prawie 67 miliardów złotych, w tym na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze zaledwie 1,059 mld złotych. Niestety to jeszcze mniej niż w roku 2014, kiedy wydatki na ten rodzaj świadczeń wyniosły około 50 milionów, a budżet NFZ był około 3 miliardów niższy. Analizując plany finansowe NFZ za ostatnie lata niestety należy jednoznacznie skonstatować, że opieka długoterminowa nie jest priorytetem, a wręcz można zaobserwować pewien regres w finansowaniu tych świadczeń. Biorąc pod uwagę rosnące koszty opieki zdrowotnej oraz rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową można stwierdzić, że brak jest zrozumienia dla właściwych kierunków polityki zdrowotnej, a podejmowane działania mają znamiona rozwiązywania bieżących problemów o charakterze politycznym. Ogólnie według OCED w Polsce w relacji do PKB przeznacza się na opiekę długoterminową zaledwie 0,4%. To jeden z najniższych wskaźników w Europie[66]

Brak większych zmian w finansowaniu dotyczy właściwie wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Takie dane świadczą o chęci utrzymania *status quo* zarówno w zakresie ilości udzielanych świadczeń, ich rodzajów, jak i sieci świadczeniobiorców. Obserwując wyniki przeprowadzonych konkursów, można przyjąć domniemanie, że Narodowy Fundusz Zdrowia kieruje się przede wszystkim racjami świadczeniodawców i kadr medycznych, a nie świadczeniobiorców, którzy wszakże nie mają żadnego wpływu na zawierane umowy. Przeprowadzane postępowania konkursowe i negocjacje ograniczają się do wypracowania konsensusu pomiędzy dwoma stronami: płatnikiem i świadczeniodawcami. Z jednej strony płatnik dąży w takich okolicznościach do utrzymania stabilności finansowej wyznaczonej przez plan, a z drugiej świadczeniodawca chce co najmniej utrzymać wysokość kontraktu, a najlepiej go zwiększyć w najbardziej dochodowym zakresie. Trudno się dziwić, że w takich okolicznościach opieka długoterminowa nie należy do priorytetów. Jeżeli podmioty opieki długoterminowej są jednostkami wewnętrznymi, organizacji kierujących szpitalami, potrzeba ich finansowania będzie drugoplanowa. Warunki finansowania świadczeń szpitalnych zawsze będą miały większe znaczenie dla szpitala, jego właściciela, czy nawet lokalnej społeczności. Podmioty opiekuńcze jako podmioty

[66] A. Mitek, *Finansowanie i organizacji…*, s. 231 .

samodzielne również mają nieduże możliwości wywierania nacisku na politycznie uwarunkowanego płatnika.

Potoczne określenie dla zakresu świadczeń gwarantowanych to koszyk gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, który może być przedstawiany jako zbiór zasad, w wyniku których powstaje lista świadczeń medycznych o udowodnionej efektywności klinicznej i ekonomicznej[67]. Określenie „składu" koszyka to tylko jedno zadanie dla podmiotów odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Kolejne, znacznie trudniejsze, to zagwarantowanie równego dostępu do gwarantowanych świadczeń świadczeniobiorcom. W tym zakresie każde rozwiązanie niestety zawsze będzie ułomne, bowiem działania związane z zapewnieniem równego dostępu w istocie sprowadzać się będą do tworzenia mechanizmu ograniczającego ten dostęp, takich jak system list oczekujących, limity świadczeń, procedura finansowania świadczeń ponadlimitowych. Niemniej jednak stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych oraz mechanizmów limitujących jest bardzo ważnym zadaniem organizatora i normodawcy systemu, w przeciwnym wypadku dojdzie do regulowania dostępności jedynie na podstawie umów ze świadczeniodawcami, co doprowadzić może do dramatycznych różnic w dostępności do świadczeń, chociażby ze względów terytorialnych. Należy w tym miejscu przytoczyć pogląd D. E. Lacha, który słusznie stwierdza iż: […] postanowienia umów, wiążące organizatora systemu i świadczeniodawców, konkretyzują jedynie na ich potrzeby treść świadczeń składających się w sumie na opiekę zdrowotną gwarantowaną ustawowo świadczeniobiorcom. Konkretyzacja ta polega przede wszystkim na wskazaniu i wycenieniu (na ogół także limitowaniu) określonych świadczeń zdrowotnych. Nie może jednak definiować zakresu prawa do opieki zdrowotnej przysługującej świadczeniobiorcom"[68].

Problem koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych jest w istocie bardzo skomplikowany. Celem takiego wykazu jest, jak słusznie twierdzi G. Machulak, zapewnienie dostępności do najważniejszych świadczeń opieki zdrowotnej z punktu widzenia realizacji potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, efektywności i opłacalności tych świadczeń. Taki wykaz jest wiarygodnym źródłem informacji zarówno dla świadczeniobiorców jak i świadczeniodawców.[69] Stworzenie tak zwanego koszyka pozytywnego, czyli zawierającego świadczenia przysługujące uprawnionym, jest nieefektywne i nie do końca możliwe. Chodzi o to, że lista tych świadczeń musiałaby być w sposób ciągły modyfikowana ze względu na zmiany technologiczne w medycynie. Ponadto, pomimo obszerności

[67] *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu, dokument sporządzony na zlecenie ministra zdrowia przez Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia*, Warszawa 2004 r.

[68] D.E. Lach, *Realizacja równego dostępu w aspekcie przedmiotowym w świetle rozwiązań organizacyjno-prawnych dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz limitowania do nich dostępu*, [w:] *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*.
www.lex.online.wolterskluwer.pl s. 15

[69] G. Machulak, *Komentarz do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Komentarz do art 31(a)*. T. 3 www. lex.online.wolterskluwer.pl

takiej listy, istnieje ryzyko a nawet pewność, że może dojść do pominięcia świadczenia istotnego ze względu na interes nawet pojedynczych świadczeniobiorców. Jednak lista świadczeń gwarantowanych z pewnością tworzyłaby istotną wartość dla poczucia bezpieczeństwa świadczeniobiorców. Inaczej mówiąc, najpełniej realizowałaby funkcje informacyjne. Jednakże nie ulega wątpliwości, że znacznie łatwiej ustalić tzw. negatywny koszyk świadczeń, które nie są gwarantowane. Jest to o tyle bardziej efektywne, że stosunkowo prosto wyeliminować świadczenia niebezpieczne, przestarzałe, nieekonomiczne czy ryzykowne ze względu na ochronę zdrowia. Tym bardziej, że niektóre świadczenia lub grupy świadczeń mogą być wykonywane bez względu na potrzeby zdrowotne, ewentualnie znikomą ich wartość jedynie w celu uzyskania korzyści finansowych przez świadczeniodawcę[70].

W ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej finansowane są jedynie świadczenia gwarantowane, czyli zgodnie ze słownikiem u.ś.o.z. świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych za zasadach i w zakresie określonym ustawą. Zgodnie z art. 31 a u.ś.o.z. podstawą zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych jest spełnienie łączne wielu kryteriów, w tym kryterium wpływu na poprawę zdrowia obywateli, skutków choroby lub stanu zdrowia, znaczenia dla zdrowia obywateli, skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, stosunku uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego, stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych, skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Pierwsze, wydaje się kluczowe, kryterium wpływu na poprawę zdrowia obywateli ustalane jest przy uwzględnieniu priorytetów zdrowotnych, określonych w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej. Obecnie w tym zakresie obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych[71]. Rozporządzenie ustala w § 1 dwanaście priorytetów, a wśród nich:

- rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

W związku z powyższym nie ulega wątpliwości, że świadczenia opieki długoterminowej wchodzą w zakres świadczeń gwarantowanych przysługujących uprawnionemu świadczeniobiorcy świadczeniobiorcy.

Zakwalifikowanie świadczenia zdrowotnego jako świadczenia gwarantowanego dokonuje na podstawie art. 31 b u.ś.o.z. minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii

[70] G. Machulak, *Komentarz … Komentarz do art 31(a). T. 5.* www. lex.online.wolterskluwer.pl
[71] Dz. U. Nr 137, poz. 1126

Medycznych. Zlecenie Prezesowi Agencji przygotowania rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy lub procentowy, następuje na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia. Wydana rekomendacja nie ma charakteru wiążącego, jest jedynie opinią, którą minister powinien uwzględnić, wydając decyzję w sprawie zakwalifikowania danego świadczenia[72]. Usuwanie świadczeń opieki zdrowotnej z „koszyka świadczeń gwarantowanych" lub zmiany zakresu udzielania świadczeń powinny odbywać się zgodnie z taką samą procedurą, jak przy ich kwalifikacji. Należy zwrócić uwagę, że nowelizacja przedmiotowej ustawy, wprowadzająca ustawowy obowiązek procesu kwalifikacji została uchwalona 12 sierpnia 2008 r.[73]. Nowelizacja wprowadziła nowe rozdziały ustawy:

- Rozdział 1a Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych,
- Rozdział 1b Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Finansowanie świadczeń gwarantowanych, które były gwarantowane do momentu wejścia w życie nowelizacji, nie wymagało kwalifikacji, o której mowa w ustawie. Kwalifikacji natomiast wymagało wprowadzenie nowych świadczeń lub zmiana i usunięcie z listy świadczeń gwarantowanych. W związku z tym zakwalifikowanie świadczeń opieki długoterminowej nie było konieczne. Na liście rekomendacji wydanych przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych znajdziemy jedynie dwie rekomendacje odnoszące się do zmiany warunków realizacji świadczenia „pielęgniarska opieka długoterminowa domowa"[74].

Jak wynika z powyższej analizy obowiązujących przepisów, świadczenia opieki długoterminowej znajdują się na liście świadczeń gwarantowanych, w związku z czym ubezpieczony ma prawo być świadczeniobiorcą opieki długoterminowej finansowanej ze środków publicznych. Pozostaje problem określenia faktycznej dostępności do tego rodzaju świadczeń gwarantowanych. Faktyczna dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w konfrontacji z potrzebami zdrowotnymi w tym zakresie stanowi o realnej dostępności do świadczeń. Wydaje się, że stosunkowo trudno ustalić potrzeby zdrowotne dotyczące świadczeń długoterminowych. Potrzeby zdrowotne definiuje się jako rodzaj i ilość dóbr i usług, które powinny zostać dostarczone określonej populacji. Mowa tutaj

[72] G. Machulak, *Komentarz … Komentarz do art 31(a). T. 6* www. lex.online.wolterskluwer.pl

[73] Dz.U. Nr 118, poz. 989

[74] Rekomendacja nr 3/2009 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie zmiany warunków realizacji świadczenia „pielęgniarska opieka długoterminowa domowa" oraz Rekomendacja nr 6/2009 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych z dnia 4 grudnia 2009 r. dotycząca świadczenia gwarantowanego udzielanego świadczeniobiorcy z niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski) ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, realizowanego w ramach „pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej" .

o potrzebach zdrowotnych definiowanych przez „[…] profesjonalistów (a nie w rezultacie ewidencji zachowań potencjalnych użytkowników) na podstawie ich wiedzy o stanie zdrowia i decyzji, co do okoliczności i sytuacji klinicznych, w których określone świadczenie (dobro) powinno zostać dostarczone”[75]. Obecnie brak jest jednoznacznych i wiarygodnych danych dotyczących dostępności do świadczeń opieki długoterminowej. NFZ nie prowadzi takiej statystyki[76]. Jedynymi dostępnymi danymi są listy oczekujących do poszczególnych podmiotów opiekuńczych. Oznacza to, że faktyczną dostępność regulują jedynie umowy na wykonywanie świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, a nie realne potrzeby zdrowotne. Określenie właściwych potrzeb zaburzone jest również podażą usług finansowanych ze środków prywatnych, a także świadczeniami pomocy społecznej. Potrzeba usług opieki długoterminowej z pewnością gwałtownie by wzrosła, gdyby nie powszechne przeświadczenie o długim okresie oczekiwania i niskim poziomie wykonywanych świadczeń.

Finansowanie świadczeń opieki długoterminowej odbywa się na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zawierana jest pomiędzy podmiotem świadczącym - świadczeniodawcą a NFZ. Szczegółowe unormowania dotyczące procedury zawierania umów, w tym wyłaniania świadczeniobiorców, określone zostały w Dziale VI u.ś.o.z. „Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami”. Są to unormowania szczególne, określające właściwości tego rodzaju umów, a także procedurę ich zawierania. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń opieki długoterminowej, jest umową cywilnoprawną, do której *essentialia negoti* należy zgodnie z art. 136 u.ś.o.z. między innymi:

- rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- warunki udzielania świadczeń,
- zasady rozliczeń pomiędzy stronami umowy oraz kwotę zobowiązania,
- zasady rozpatrywania kwestii spornych,
- postanowienia dotyczące rozwiązania umowy.

W umowie mogą znaleźć się również zapisy dotyczące:

- wykazu podwykonawców a także wymagania udzielania przez nich świadczeń,
- postanowień co do kary umownej

Postępowanie w sprawie zawarcia umowy nie jest objęte przepisami o zamówieniach publicznych, o czym wprost stanowi art. 138 u.ś.o.z. Słusznie zauważa G. Machulak, że pomimo niestosowania do procesu zawierania umów o świadczenia opieki zdrowotnej ustawy o zamówieniach publicznych, umowy te są zamówieniami publicznymi w rozumieniu dyrektywy 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostosowane i usługi (DZ.

[75] *Raport. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II. Wersja III.*, przygotowany przez Zespół d.s. przygotowania raportu. Warszawa 2008, s. 187.

[76] A. Kaczmarek, *Zakłady opiekuńczo-lecznicze to nie szpitale.* www.rynekzdrowia.pl

UE L 134 z 30.04.2004, s. 114, z późn. zm.)[77]. Taki stan prawny oznacza, że przepisy regulujące postępowanie w sprawie zawarcia umów są przepisami szczególnymi w stosunku do postanowienia ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych[78]. Procedura zawierania umów ze świadczeniodawcami oparta jest przede wszystkim zgodnie z art. 139 u.ś.o.z. o tryb konkursu ofert lub rokowań. Główna różnica dotycząca tych trybów zawiera się w tym, że konkursy ofert mają charakter otwarty, z kolei rokowania ograniczają się do wybranego kręgu podmiotów. Co do zasady przeprowadzane jest postępowanie w trybie konkursu ofert, jedynie w określonych w art. 144 u.ś.o.z. wyjątkowych okolicznościach może być przeprowadzone postępowanie w trybie rokowań. Do okoliczności tych należy następujące przypadki, które występują niezależnie:

- uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert
- zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć,
- liczba świadczeniodawców, którzy mogą udzielać danych świadczeń, jest ograniczona do pięciu - w tych przypadkach zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, którzy mogą udzielać określonych świadczeń zdrowotnych.

Pierwszym etapem konkursu jest zamieszczenie ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Treść ogłoszenia regulowana jest przez art. 139 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań [79]. Zawiera ono przede wszystkim:

- nazwę i adres siedziby zamawiającego,
- określenie wartości i przedmiotu zamówienia, który musi zostać opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący oraz zrozumiały.
- wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców,
- miejsce i termin składania ofert oraz rozstrzygnięcia konkursu,
- informację o możliwości składania protestów, odwołań i skarg.

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinien być zgodnie z art. 140 u.ś.o.z. opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący przy wykorzystaniu dostatecznie dokładnych

[77] G. Machulak, *Ustawa o świadczeniach…, Komentarz do art. 138 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, www.lex.online.wolterskluwer.pl

[78] Dz. U. Nr 19, poz. 177

[79] Dz. U. nr 273, poz. 2719

i zrozumiałych określeń z uwzględnieniem wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty. Ustawa zakazuje opisywania przedmiotu zamówienia w sposób utrudniający uczciwą konkurencję oraz przez wskazanie określeń ograniczających czy wykluczających wręcz konkurencję poprzez użycie nazw, patentów *etc.* Właściwe określenie przedmiotu zamówienia powinno wykorzystywać opis techniczny i jakościowy z uwzględnieniem Polskich Norm, a także nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zmówień[80].

Kryteria oceny ofert zgodnie z art. 147 u.ś.o.z. są jawne i niezmienne w trakcie konkursu, porównanie ofert opiera się przede wszystkim o ocenę dotyczącą ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją oraz ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Złożone oferty na podstawie art. 149 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z przyczyn formalnych zostają odrzucone, jeżeli:

- złożone zostały po terminie,
- zawierają nieprawdziwe informacje,
- w ofercie nie określono przedmiotu oferty lub nie została określona liczba lub cena świadczeń opieki zdrowotnej,
- cena podana w ofercie jest rażąco niska,
- oferta jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów,
- świadczeniodawca złożył inna alternatywną ofertę,
- oferta lub świadczeniodawca nie spełniają wymogów prawa,
- poprzednia umowa ze świadczeniodawcą została zerwana z przyczyn leżących po jego stronie.

Postępowanie w sprawie zawarcia umowy zostaje przez dyrektora wojewódzkiego NFZ obligatoryjnie unieważnione z przyczyn formalnych, jeżeli nie wpłynęła żadna oferta lub odrzucono wszystkie oferty, a także kiedy wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu. Ponadto również obligatoryjnie zostaje unieważnione postępowanie, jeżeli kwota najkorzystniejszej oferty przekracza kwotę, którą NFZ przeznaczył na finansowanie świadczeń w przedmiotowym zakresie lub zawarcie umowy na określone świadczenia nie jest już w interesie świadczeniobiorców.

Rozstrzygnięcie konkursu jest ogłaszane. Z chwilą ogłoszenia następuje zakończenie konkursu i zostaje otwarta droga do podpisania umów ze świadczeniodawcami. Zgodnie z ustawą do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się w zakresie nieunormowanym ustawą Kodeks cywilny. Obowiązującą forma umowy jest forma pisemna pod rygorem nieważności *ad solemitatem.* Poza okolicznościami unormowanymi w kodeksie cywilnym

[80] Słownik określony w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str 1 i nn., z późn. zm.)

nieważność z mocy prawa umowy następuje, jeżeli umowa została zawarta z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie lub zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione. Ponadto nieważna może być część umowy, która nie była objęta postępowaniem konkursowym. Czas trwania umowy co do zasady nie może być dłuższy niż 3 lata, chyba że zgodę wyrazi prezes NFZ. I na taki właśnie okres zawierane są umowy o świadczenie opieki długoterminowej. Umowa może zostać przedłużona w okolicznościach ryzyka braku zabezpieczenia świadczeniodawców na okres do 6 miesięcy.

Istotną zmianę przyniosła ostatnia nowelizacja u.ś.o.z.[81].Zgodnie z wprowadzonym art. 131 b dyrektor wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok z uwzględnieniem regionalnej mapy oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Zobowiązanie do tworzenia planu obowiązuje zgodnie z nowelizacją od 1 stycznia 2015 r. Na razie nie wiadomo, jakie w praktyce będzie miało to znaczenie dla kontraktowania świadczeń opieki długoterminowej, tym bardziej, że NFZ zobowiązany jest jedynie do uwzględnienia mapy dla tworzenia planu zakupu świadczeń. Warunki i procedury tworzenia map omówione zostaną w dalszej części publikacji.

Ważnym aktem prawnym, który normuje większość kwestii dotyczących realizacji umowy, jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[82]. W rozporządzeniu zostały unormowane kwestie podstawowe, które z pewnością powinny ze względu na swoją rangę znaleźć się w ustawie. W tym zakresie z pewnością chodzi o Rozdział 2. *Odpowiedzialność świadczeniodawcy* oraz Rozdział 3. *Warunki udzielania świadczeń*. Kwestie wynikające z tego zakresu unormowania zostaną omówione w dalszej części. Kluczowe pozostają zagadnienia rozliczenia wynikającego z umowy, którym poświęcony został Rozdział 4. *Sposób finansowania świadczeń*.

Rozliczanie świadczeń wynikających z realizacji umowy z NFZ może nastąpić w formie:

- kapitacyjnej stawki rocznej,
- oceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej,
- ryczałtu.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ podstawą rozliczenia umów na świadczenia opieki długoterminowej i pielęgnacyjnej jest jednostka rozliczeniowa, którą stanowi osobodzień. Sposobem rozliczania tych świadczeń jest zapłata za osobodzień. Stawka rozliczeniowa za osobodzień może być powiększona poprzez uwzględnienie wskaźnika korygującego, dla wartości każdego osobodnia. Wskaźnik może wynieść minimalnie 1,2 w przypadku świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo oraz maksymalnie 2,6

[81] Dz. U. z 2014 r. poz. 1138

[82] Dz. U. 81, poz. 484.

w przypadku żywionych dojelitowo przez zakład opiekuńczy, dzieci i młodzieży od 4. roku życia.

Na podstawie art. 18 u.ś.o.z. § 19 Zarządzenia w zakładach opiekuńczych nie są finansowane ze środków NFZ koszty wyżywienia i zakwaterowania z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Finansowane tych kosztów zostało uregulowane w art. 18 u.ś.o.z., który ustala w ust. 1, że miesięczną opłata za wyżywienie i zakwaterowanie w ZOL i ZPO wynosi 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej[83].

Wysokość miesięcznej opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie ustalana jest każdorazowo przez kierownika zakładu opiekuńczego na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy. Kwestie ta reguluje §8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 20012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.[84]

2.3. Standardy realizacji świadczeń opieki długoterminowej

Na próżno szukać w systemie prawnym standardów dotyczących opieki długoterminowej. Problem ten dotyczy nie tylko tego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej. W art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[85] ustawodawca przewidział możliwość określenia, w drodze rozporządzenia, standardów postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Jak określono w tym przepisie, standaryzacja wynika z potrzeby zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Niestety, ustawodawca nie zobowiązał ministra właściwego do spraw zdrowia do działań standaryzacji, lecz jedynie udzielił takiej możliwości. Szkoda, że wolą ustawodawcy nie było dążenie do ustandaryzowania wszystkich dziedzin medycyny i wszystkich podmiotów leczniczych. Można śmiało postulować stan pełnej standaryzacji w medycynie. Podobnie twierdzi M. Dercz; „Wydaje się, że obecnie ze względu na istotny postęp wiedzy medycznej niewystarczające jest pozostawienie MZ fakultatywnej możliwości wydania rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych. Dlatego ustawodawca powinien w przepisach komentowanej ustawy lub w innej ustawie odrębnej zapisać jako obligatoryjne ustawowe wytyczne MZ, w oparciu o które kształtowane będą, wzorem większości krajów europejskich, standardy postępowania we wszystkich kluczowych dyscyplinach medycznych”[86]. Standaryzacja z pewnością przyczyniłoby się to do zwiększenia poziomu bezpieczeństwa udzielania świadczeń i podniesienia ich jakości. Wynikiem byłoby zwiększenie efektywności funkcjonowania systemu

[83] Inaczej kształtuje się opłata za wyżywienie i zakwaterowanie dzieci, która wynosi 200% najniższej emerytury.

[84] Dz. U. z 2012 r., poz. 731.

[85] Dz. U. Nr 112, poz.654 z późn. zm.

[86] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 117.

ochrony zdrowia, ale również wzrost kosztów udzielania świadczeń. Obecnie standaryzacja dotyczy jedynie dwóch dziedzin medycyny. Pierwszą z nich normuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.[87] Drugi zakres unormowanej standaryzacji wyznacza Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem[88].

Udzielnie świadczeń zdrowotnych unormowane jest przede wszystkim w u.d.l.. Zgodnie z art. 16 działalność lecznicza jest działalnością gospodarczą regulowaną, która podlega zastosowaniu wielu normom odnoszącym się zarówno do procesu udzielania świadczeń jaki i podmiotów świadczących oraz osób bezpośrednio tych świadczeń udzielających.

Podstawowe standardy dotyczące udzielania świadczeń zapisane zostały w art. 17 ustawy o d.l. zgodnie z nimi podmiot leczniczy zobowiązany jest spełnić łącznie następujące warunki:

- posiadać pomieszczenia i urządzenia spełniające określone prawem warunki ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne,
- stosować dopuszczone prawem wyroby medyczne,
- zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające określone przepisami szczegółowymi kwalifikacje oraz spełniający wymagania zdrowotne,
- zawrzeć umowę o odpowiedzialności cywilnej.

Standaryzację udzielania świadczeń opieki długoterminowej mogą również określać regulaminy organizacyjne podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zakres regulaminu i obowiązek jego ustalenia określa art. 23 i 24 u.d.l. Zgodnie z tymi przepisami regulamin określa sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą. Sprawy nieuregulowane w ustawie lub statucie, a w tym między innymi przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu. Właściwie ustalony statut powinien precyzyjnie określić procedury postępowania z pacjentem, uwzględniając przede wszystkim etapy postępowania, zakres udzielanych świadczeń, a także ciągłość opieki[89]. W przypadku opieki długoterminowej właśnie ciągłość opieki ma znaczenie kluczowe, bowiem pacjent najczęściej jest po leczeniu szpitalnym lub przed nim w trakcie opieki. Szczegółowe procedury powinny w tym zakresie opierać się na obowiązującym prawie oraz niejako uzupełniać potrzebę właściwej standaryzacji, która w opiece długoterminowej jeszcze nie nastąpiła.

[87] Dz. z 2013 r. nr poz 15.

[88] Dz. U. z 2012, poz. 1100.

[89] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 122.

Kwestię poziomu jakości oraz standardów świadczeń opieki długoterminowej w tym świadczeń finansowanych ze środków publicznych należy wyjaśniać w oparciu o dalsze akty prawne, które jednak nie wypełniają postulatu standaryzacji.

Jednym z ważniejszych aktów prawnych, które normują zasady udzielania świadczeń zdrowotnych i w pewnej mierze standaryzują proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozostaje wspomniane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W rozdziale 3. *Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych* w § 5 scharakteryzowano obowiązki świadczeniodawcy, na podstawie których zobowiązany jest on wykonywać umowę o udzielanie świadczeń zawartą z NFZ, zgodnie z warunkami określonymi w ustawie i zgodnie z warunkami określonymi na podstawie upoważnienia przez Prezesa NFZ.

Rozporządzenie określa poziom jakościowy dla wykonywanych świadczeń. Jest to nie tylko istotne dla realizacji umowy, ale również dla ewentualnych roszczeń świadczeniobiorców. Dziwić może fakt, iż tak ważne normy standaryzujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, powoływane są w rozporządzeniu odnoszącym się do umów. Oczywiście to nie jedyny akt prawny, który normuje zagadnienie jakości i staranności w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jednakże akt ten odnosi się jedynie do świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli zdecydowanej większości udzielanych świadczeń. Zgodnie z ust. 2 § 5 rozporządzenia świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Świadczeniodawca zgodnie z ust. 4 zobowiązany jest do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń. Z kolei zgodnie z ust. 3 świadczeniodawca jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta. Należy jednakże zwrócić uwagę, że rozporządzenie to dokonuje standaryzacji jedynie na potrzeby powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i czyni to w sposób ogólny, uniwersalny dla wszystkich rodzajów świadczeń, przez co jego zastosowanie ma wymiar ograniczony. Innym aktami, standaryzującymi w podobny sposób na potrzeby systemu ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia zdrowotne, są rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych zwane „koszykowymi" i wymienione już rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Do prawnych aktów standaryzujących opiekę długoterminową należą również ustawy o zawodach medycznych, a w szczególności ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej[90] oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[91], które regulują standardy wykonywania

[90] Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.

[91] Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152.

zawodów medycznych. Mają one rzeczywisty wpływ na udzielanie wszystkich świadczeń zdrowotnych, jednakże ich oddziaływanie ma wymiar ogólny i uniwersalny. Do należytej staranności w wykonywaniu zawodu zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej, zobowiązuje pielęgniarki art. 11 u.z.p.p. Z kolei na podstawie art. 4 u.z.l. lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Ponadto w rozdziale 5 u.z.l. zostały unormowane podstawowe obowiązki lekarza wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych. Należą do nich przede wszystkim:

1) obowiązek bezzwłocznego udzielania pomocy lekarskiej,
2) obowiązek informowania pacjentów o procesie diagnozy i leczenia,
3) obowiązek uzyskania zgody od pacjenta na badanie i leczenie,
4) obowiązek pozyskania poprzez lekarza w razie wątpliwości diagnostycznych opinii innego lekarza lub zwołania konsylium,
5) obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej,
6) obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej.

Osoby wykonujące zawody lekarza i pielęgniarki zobowiązane są do przestrzegania zawodowych zasad etyki. Zobowiązanie to powoduje, że kodeksy etyki zawodowej są przepisami powszechnie obowiązującymi, które stosuje się bezpośrednio. Decyduje o tym również fakt, że złamanie zasad etyki stanowi podstawę do ponoszenia odpowiedzialności dyscyplinarnej.

Naruszenie zasad etyki lekarskiej polega przede wszystkim na złamaniu norm postępowania określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej[92]. Najważniejszy rozdział KEL, który wpływa na jakość udzielania świadczeń zdrowotnych, to rozdział 1. *Postępowanie lekarza wobec pacjenta*. Ważne kwestie dotyczące udzielania świadczeń opiekuńczych również przy udziale lekarzy to przede wszystkim jakość opieki medycznej, którą KEL określa jako udzielanie przez lekarza świadczeń diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych, polegających na działaniu z należytą starannością i poświęceniem niezbędnego czasu, zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi lekarza, w warunkach zapewniających odpowiednią jakość.

Etykę pielęgniarek i położnych kształtuje Kodeks etyki dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.[93] Do najważniejszych ze względu na standard świadczeń opiekuńczych należy z pewnością określenie w części ogólnej kodeksu działalności zawodowej pielęgniarki jako świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej. Z kolei w części szczegółowej rozdział 1. *Pielęgniarka/położna a pacjent* w całości normuje standard świadczeń opiekuńczych wykonywanych

[92] Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

[93] Uchwała nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 r.

przez pielęgniarki. Warto w tym miejscu wymienić najistotniejsze postanowienia kodeksu, które bezpośrednio odnoszą się do opieki długoterminowej. Należą do nich następujące obowiązki pielęgniarki:

1) udzielanie wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
2) udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania,
3) okazywanie życzliwości, wyrozumiałości, cierpliwości stwarzając atmosferę wzajemnego zrozumienia i zaufania,
4) przestrzegania unormowanych praw pacjenta,
5) zachowanie w tajemnicy wszystkich informacji o pacjencie uzyskanych w trakcie sprawowania opieki.

Brak normatywnej standaryzacji skutkuje potrzebą rekompensaty w postaci wytycznych, zaleceń i innych dokumentów, które niestety nie mogą być traktowane z należytą mocą obowiązującą a ich respektowanie zależy w głównej mierze od dobrej woli udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

Takie wytyczne i zalecenia można także spotkać między innymi w opracowaniu pod tytułem „*Opieka długoterminowa realizowana w zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych i opiekuńczo – leczniczych*”[94], w którym podjęto próbę określenia celu i zadań instytucjonalnych placówek opieki długoterminowej, źródeł ich finansowania i zasad rozliczania oraz zawarto wykaz świadczeń zdrowotnych jako standardowy pakiet świadczeń do realizowania w placówkach opieki długoterminowej. Ponadto przedstawiono dość szczegółowy wykaz:

- procedur medycznych (lekarskich i pielęgniarskich);
- procedur wykonywanych przez fizjoterapeutę (rehabilitanta);
- procedur do realizacji przez psychologa;
- badań diagnostycznych realizowanych w ramach świadczenia zdrowotnego.

Należy wspomnieć też o opracowaniach książkowych (podręcznikach) oraz broszurach[95], które próbują ujednolicić określone postępowanie medyczne, głównie pielęgniarskie, w realizacji świadczeń zdrowotnych. Zapisy te są jednak dość ogólnikowe i nie zawsze spójne ze sobą, dlatego należałoby je traktować jedynie jako wzorzec do opracowania standardów dostosowanych do warunków obowiązujących w danej placówce.

Takie podejście wypacza jednak istotę standaryzacji, której celem jest dostosowanie placówki do zapisów i wymogów określonych w standardzie, a nie dopasowywanie standardu do możliwości placówki sprawującej opiekę nad pacjentem przewlekle chorym i niesamodzielnym.

---

[94] *Opieka długoterminowa realizowana w zakładach pielęgnacyjno- opiekuńczych i opiekuńczo – leczniczych*, Biuro do spraw Organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa 2003.

[95] Np. B. Cegła, K. Faleńczyk, *Standard opieki nad pacjentem z zaburzeniami funkcji zwieraczy,* [w:] *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku,* red. K. Kędziora–Kornatowska, M. Muszalik, Czelaj Sp.z o.o., Lublin 2007, s. 342; D. Czajka, B. Czekała, *Standardy domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej,* BORGIS Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2013.

Wymierne działania dotyczące opracowania i wdrożenia standardów oraz nadania im rangi norm powszechnie obowiązujących mają odzwierciedlenie w dokumencie pod tytułem *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*[96], który został przygotowany na posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia, stanowiąc podsumowanie prac Zespołu Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia[97]. W dziale III wspomnianego wyżej dokumentu, zawierającym *rekomendacje zmian* w zakresie organizacyjno-systemowym, autorzy domagają się wdrożenia zapisów przygotowanego projektu rozporządzenia[98] jako rozwiązania pozostającego w kompetencji właściwego ministra. Omawiany projekt rozporządzenia pod tytułem *Zasady i warunki postępowania medycznego w opiece długoterminowej* został tak przygotowany, że spełnia wymogi standardu, zawiera koncepcję, metody i organizację, odnosi się do kryteriów struktury, postępowania i wyniku. W jego pierwszej części zdefiniowano pojęcia związane z udzielaniem świadczeń medycznych, obejmujących swym zakresem całokształt działań medycznych oraz społecznych przez podmioty/instytucje osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji.

Mówiąc o formach realizacji świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, autorzy projektu rozporządzenia, mając na względzie specyficzne potrzeby określonych grup chorych wymagających odmiennych standardów opieki, wymieniają:
1) stacjonarną opiekę długoterminową dla dorosłych;
2) stacjonarną opiekę długoterminową dla dorosłych wentylowanych mechanicznie;
3) opiekę długoterminową dla dzieci;
4) stacjonarną opiekę długoterminową dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
5) stacjonarną i dzienną opiekę długoterminową dla psychicznie chorych dorosłych;
6) stacjonarną i dzienną opiekę długoterminową dla psychicznie chorych dzieci;
7) pielęgniarską opiekę domową, w tym interwencyjny zespół pomocy domowej.

Jednakże bez względu na miejsce i formę realizacji świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, zasadą postępowania pielęgnacyjnego „jest wzmacnianie zdrowia i sprawności pacjenta, w tym kompensowanie utraconej sprawności w zakresie zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych”[99]. Do takiej koncepcji pielęgnowania zostały opracowane standardy determinujące jakość w opiece długoterminowej i dotyczące warunków lokalowych, wyposażenia, procedur postępowania oraz norm zatrudnienia.

---

[96] Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* dokument roboczy Warszawa 2012.

[97] Zespół do Spraw Opieki Długoterminowej powołany został Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2011 roku (Dz. Urz. M.Z. Nr 11, poz. 51), swoje prace zakończył 31.12.2012 r. opracowaniem powyższego dokumentu.

[98] *Zasady i warunki postępowania medycznego w opiece długoterminowej* – projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, Załącznik nr 9, [w:] Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, dokument roboczy, Warszawa 2012.

[99] *Ibidem*

Zgodnie ze standardem zawartym w projekcie rozporządzenia w zakresie warunków lokalowych, każdy podmiot/zakład realizujący opiekę długoterminową musi spełniać wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[100]. Ponadto wszystkie pomieszczenia powinny posiadać wyraźne oznakowania, ułatwiające przemieszczanie się i odnajdywanie w przestrzeni placówki, a pomieszczenia przeznaczone dla pacjentów, w tym pomieszczenia przeznaczone do różnych form terapii i rehabilitacji, powinny być dostosowane do potrzeb pacjentów niepełnosprawnych i całkowicie pozbawione barier architektonicznych.

Wyposażenie takiego podmiotu w sprzęt, środki pomocnicze i materiały medyczne, które są niezbędne przy realizacji pielęgnacji podstawowej i pielęgnacji specjalistycznej, powinno być adekwatne do potrzeb zależnych od stanu i liczby pacjentów objętych opieką.

Dodatkowo wszystkie pomieszczenia przeznaczone do pobytu pacjentów oraz ich wyposażenie powinno zapewniać bezpieczeństwo zarówno pacjentowi jak i personelowi sprawującemu opiekę i umożliwiać swobodne korzystanie ze sprzętu pielęgnacyjnego, wspomagającego i rehabilitacyjnego.

Podmiot realizujący świadczenia w zakresie opieki długoterminowej jest zobowiązany zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, które zdobyły stosowne uprawnienia i kwalifikacje na podstawie odrębnych przepisów. Zagadnienie związane z wymogami kadrowymi, kompetencyjnymi a także lokalowymi i technicznymi określonymi w omawianym standardzie, zostanie scharakteryzowane szerzej w dalszej części opracowania.

Standardy postępowania medycznego w opiece długoterminowej zawarte w projekcie rozporządzenia według założenia autorów mają służyć poprawie jakości usług świadczonych w opiece długoterminowej, między innymi poprzez ujednolicenie postępowania w zakresie: leczenia w tym leczenia żywieniowego, pielęgnacji podstawowej i specjalistycznej, opieki oraz specjalistycznego postępowania fizjoterapeutycznego[101].

Obecnie z powodu braku standaryzacji w wielu podmiotach wykonuje się określone świadczenia na zasadzie działań intuicyjnych, nie zawsze właściwych, często niezgodnych z dobra praktyką i nie popartych osiągnięciami naukowymi chociażby w prowadzeniu profilaktyki odleżynowej, leczeniu ran czy leczeniu żywieniowym.

---

[100] *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz. U. 2012, poz. 739)

[101] Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* dokument roboczy Warszawa 2012.

Taka sytuacja może stać się poważnym zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów, wynikającym ze złej jakości świadczonych usług, szczególnie jeśli na działania intuicyjne nałoży się brak przestrzeni niezbędnej do pielęgnowania, brak odpowiedniego wyposażenia i sprzętu pomocniczego, zaniżone normy zatrudnienia oraz brak wiedzy i kompetencji personelu.

Dlatego tak ważne i bardzo oczekiwane są wszelkie inicjatywy mające na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów, personelu i jakości opieki. Za taką inicjatywę postrzega się więc szczegółowo opracowane standardy zawarte w projekcie rozporządzenia[102]. Powołany projekt rozporządzenia wskazuje następujące standardy:

1) Standard pielęgnowania:

- dotyczy ustaleń odnośnie do procesu pielęgnowania dostosowanego do poziomu samodzielności pacjenta i obejmuje czynności z zakresu higieny ciała, odżywiania, wydalania i mobilności, określając nie tylko ich rodzaj, ale także częstotliwość wykonywania. Standard ten w zakresie odżywiania pacjenta niesamodzielnego obejmuje pomoc w przygotowaniu posiłku i przyjmowaniu pokarmów oraz monitorowanie stanu odżywienia i nawodnienia. Natomiast w zakresie mobilności obejmuje miedzy innymi: ocenę wydolności fizycznej i psychicznej pacjenta oraz ewentualnych upośledzeń funkcji narządu ruchu, profilaktykę upadków, wykonywanie transferów i asystowanie przy chodzeniu. Wykonywanie czynności określonych standardem w zakresie podstawowej pielęgnacji należy do kompetencji pielęgniarek i opiekunów medycznych, a czynności z zakresu specjalistycznej pielęgnacji należą wyłącznie do kompetencji pielęgniarek.

2) Standard pielęgnowania pacjenta z problemem nietrzymania moczu (NTM):[103]

- obejmuje wszelkie działania związane z zachowaniem, przywróceniem kontroli oraz kompensacją braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi, między innymi poprzez:

a) dokonywanie oceny zakresu niezbędnej opieki w oparciu o ustalone kryteria,

b) zaopatrzenie w środki pomocnicze, materiały chłonne i preparaty pielęgnacyjne dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta,

---

[102] *Zasady i warunki postępowania medycznego w opiece długoterminowej* – projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, Załącznik nr 9, [w:] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, dokument roboczy, Warszawa 2012 – na podstawie tego dokumentu przybliżono w opracowaniu poszczególne standardy.

[103] NTM - nietrzymanie moczu inaczej inkontynencja, nietrzymanie (łac. *incontinens*- "nie trzymając przy sobie") – objaw polegający na niekontrolowanym wydalaniu moczu (łac. *incontinentia urinae*) lub kału (łac. *incontinentia alvi*). Definicja wg Światowej Organizacji Zdrowia oraz Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji - nietrzymanie moczu (NTM) określa jako „niezależny od woli wyciek moczu przez cewkę moczową, co w efekcie stanowi problem socjologiczny i higieniczny", [w:] *NTM pod kontrolą. Praktyczne informacje i porady*, konsultacja med. J. Gąszczyk-Łukasik, GENEXO Sp.z o. o., Warszawa 2013, s.4.

c) merytoryczny nadzór i kontrolę.

3) Standard żywienia przez zgłębnik i przetoki odżywcze[104]:

- ma zastosowanie, gdy „karmienie drogą naturalną jest niemożliwe lub niewystarczające, w szczególności z powodu zaburzeń połykania, świadomości i stanu psychicznego oraz wyniszczenia organizmu pacjenta", określając odpowiednio do stanu i potrzeb pacjenta, a także wskazań lekarskich - drogę dostępu, okres karmienia, rodzaj diety i częstotliwość podaży oraz stosowanie monitoringu celem oceny skuteczności prowadzonych działań. Karmienie za pomocą sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego wykonuje pielęgniarka na zlecenie i w sposób określony przez lekarza, a nadzór merytoryczny nad całością zagadnień związanych z żywieniem dojelitowym powinien sprawować powołany w danej placówce Zespół Żywieniowy[105].

4) Standard profilaktyki i leczenia odleżyn:

- zobowiązuje do prowadzenia oceny ryzyka rozwoju odleżyny u każdego pacjenta objętego opieką długoterminową za pomocą skali punktowej i opracowania indywidualnego planu postępowania zapobiegawczego w oparciu o standard pielęgnowania i standard postępowania z pacjentem z NTM. Ponadto obliguje do prowadzenia stałego nadzoru merytorycznego w zakresie oceny podejmowanych działań profilaktycznych i leczniczych odpowiednich do stopnia zaawansowania objawów i zmian.

5) Standard pielęgnowania pacjenta z wyłonioną stomią:

- obejmuje działania związane z zachowaniem, przywróceniem kontroli i kompensacją braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi poprzez:

a) ocenę czynników uzależniających pacjenta ze stomią od opieki w oparciu o ustalone kryteria,

b) zaopatrzeniu pacjenta w dobrany indywidualnie sprzęt stomijny i preparaty do pielęgnacji skóry wokół stomii zapobiegające powikłaniom,

c) stosowanie odpowiedniej diety, zgodnie ze wskazaniami dietetyka,

d) merytoryczny nadzór i kontrolę określonych w standardzie wytycznych.

---

[104] Rodzaje przetok odżywczych:
a) gastrostomia – dla pacjentów, u których możliwe jest żywienie bezpośrednio do żołądka, a pokarm może być podawany za pomocą strzykawki, wlewu grawitacyjnego lub przez pompę,
b) jejunostomia – dla pacjentów wymagających żywienia bezpośrednio do jelita cienkiego, a pokarm może być podawany wyłącznie przez pompę.

[105] Zasady realizacji leczenia żywieniowego w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych określono w zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 83/2011/DSOZ (http://www.nfz.gov.pl).

6) Standard terapii w opiece długoterminowej

- „to kompleksowa terapia, adekwatna do stanu zdrowia i potrzeb pacjenta świadczona przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa, logopedę i terapeutę zajęciowego, komplementarna do procesu pielęgnacji i rehabilitacji," realizowana poprzez:

a) **świadczenia lekarskie** obejmujące między innymi:
   - podejmowanie decyzji w sprawie przyjęcia i wypisu pacjenta,
   - nadzór merytoryczny nad kontynuacją leczenia, w tym badanie, diagnozę i wydawanie zaleceń co do kontynuacji bądź modyfikacji leczenia,
   - konsultacje lekarskie na wezwanie,
   - zlecanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych
   - prowadzenie dokumentacji medycznej,

b) **świadczenia pielęgniarskie** obejmujące świadczenia lecznicze, diagnostyczne, pielęgnacyjne i zapobiegawcze, a także niektóre świadczenia rehabilitacyjne pozostające w kompetencji pielęgniarki na podstawie Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435) oraz organizowanie pracy i planowanie opieki pielęgniarskiej, współpraca z innymi pracownikami w realizacji opieki, dokumentowanie udzielonych świadczeń w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

c) **świadczenia psychologa** są realizowane w oparciu o:
   - sformułowaną diagnozę psychologiczną na podstawie rozpoznanych problemów psychologicznych pacjenta i/lub jego rodziny oraz udzielanie mu wsparcia w formie indywidualnej i grupowej terapii,
   - angażowanie członków rodziny w proces terapeutyczny i udzielanie im porad psychologicznych w zakresie prawidłowych relacji z pacjentem,
   - współdziałanie z personelem przy ustaleniu sposobu postępowania z chorym.

Diagnozę psychologiczną i podejmowane działania terapeutyczne psycholog ma obowiązek dokumentować w indywidualnej dokumentacji pacjenta, a ocena jakości opieki psychologicznej dokonywana jest w oparciu o ustalone w standardzie kryteria.

d) **świadczenia logopedy** realizowane są w oparciu o:
   - diagnozę neurologopedyczną i terapię mającą na celu zminimalizowanie skutków zaburzeń lub utraty zdolności mowy osobom po przebytych wylewach i udarach mózgu oraz pomoc w powrocie do sprawności werbalnej,
   - edukację personelu placówki i członków rodziny chorego z zakresu dostępnych metod komunikacji z pacjentem.

Podejmowane działania terapeutyczne logopeda ma obowiązek dokumentować w indywidualnej dokumentacji pacjenta, a ocena jakości terapii dokonywana jest w oparciu o ustalone w standardzie kryteria.

e) świadczenia z zakresu **terapii zajęciowej** realizowane za pomocą różnych, dobieranych indywidualnie form, mają na celu podtrzymanie aktywności lub zwiększanie samodzielności w codziennym funkcjonowaniu chorego.

Diagnoza terapeutyczna, przebieg terapii oraz jej efekty terapeuta ma obowiązek zapisać w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, a jakość podejmowanych działań dokonywana jest w oparciu o ustalone kryteria.

7) Standard rehabilitacji

- prawidłowo realizowany ma na celu utrzymanie bądź poprawę sprawności fizycznej pacjenta, optymalnej w jego stanie zdrowia. Świadczenia te realizowane są miedzy innymi w oparciu o:

a) ocenę sprawności fizycznej i funkcjonalnej oraz ustalanie indywidualnych planów terapii,

b) kinezyterapię,

c) poradnictwo i dobór sprzętu rehabilitacyjnego,

d) dokumentowanie działań podejmowanych na rzecz pacjenta w jego indywidualnej dokumentacji, e) ocenę jakości świadczeń w oparciu o ustalone w standardzie kryteria.

8) Standard pielęgniarskiej opieki domowej

- określa warunki realizacji oraz rodzaj świadczeń pielęgniarskich, zgodnych z ustalonym procesem pielęgnowania odpowiednim do stanu pacjenta i obejmuje między innymi:
- pielęgnację specjalistyczną,
- czynności diagnostyczne,
- czynności lecznicze wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego,
- wykonywanie zabiegów p/zapalnych,
- edukację zdrowotną i poradnictwo oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych.

9) Zasady stosowania Skali Barthel

Skala Barthel jest to powszechnie stosowana, międzynarodowa skala opracowana w celu klinicznej oceny stanu sprawności chorego, a w związku z tym – jego zapotrzebowania na opiekę.

Jest to jedna ze skal ADL (Activities of Daily Living Index) decydujących o samodzielności w zakresie samopielęgnacji. Ocenia 10 obszarów/czynności dnia codziennego, m.in. spożywanie posiłków, przemieszczanie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety czy kontrolowanie czynności fizjologicznych, mając na celu zdiagnozowanie, jakie czynności i w jakim stopniu chory może wykonać

samodzielnie, z czyjąś pomocą lub w ogóle ich nie wykonuje[106]. Istotnym faktem jest to, że skala Barthel służy tylko ocenie poziomu samodzielności fizycznej, a nie odnosi się do stanu umysłowego ocenianej osoby, który często jest kluczową przeszkodą w samodzielnym wykonywaniu określonych czynności. Dużym problemem związanym oceną chorego wg skali Barthel jest możliwość niejednoznacznej interpretacji kryteriów przy poszczególnych czynnościach. Stąd też pojawiła się potrzeba doprecyzowania i ujednolicenia interpretacji w ocenie. W skali Barthel można uzyskać maksymalnie 100 pkt. Przyjęto trzy przedziały oceny:

- uzyskanie od 0 do 20 pkt oznacza całkowitą niesamodzielność,
- od 20 do 80 pkt oznacza, że pacjent potrzebuje pomocy innych,
- ocena w granicy 80 do 100 pkt oznacza, że chory może funkcjonować samodzielnie lub tylko przy niewielkiej pomocy.

Uzyskanie 40 pkt lub mniej kwalifikuje chorego do opieki długoterminowej – oznacza to bowiem, że wymaga on stałej opieki.[107]

10) Standard pielęgnowania dzieci

Opieką długoterminową mogą być objęte dzieci już od urodzenia do 18 roku życia, które nie mają wskazań do pobytu w szpitalu, ale ze względu na ich zły stan zdrowia, stopień niepełnosprawności i trudną sytuację w rodzinie, wymagają stałej, profesjonalnej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej. Standardy postępowania w opiece długoterminowej dedykowanej dzieciom nie powinny różnić się od standardów postępowania w opiece długoterminowej skierowanej do osób dorosłych. W obu przypadkach występują takie same problemy medyczne i pielęgnacyjne, np. problem nietrzymania moczu, ryzyko powstania odleżyn, karmienie przez przetoki, pielęgnacja stomii czy ryzyko powikłań będących następstwem długotrwałego unieruchomienia itd. Jednak w przypadku dzieci objętych opieką długoterminową należałoby zwrócić większą uwagę na różnorodne formy oddziaływania edukacyjnego. Wdrożenie takiego standardu postępowania, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb, dałoby małym pacjentom możliwość samodzielnego funkcjonowania, przynajmniej w określonych obszarach i w stopniu, na jaki pozwala im aktualny stan zdrowia.

W końcu każdy człowiek - bez względu na swój wiek, także przewlekle chory i niesamodzielny, odczuwa satysfakcję - przy zachowaniu chociaż w niewielkim stopniu swojej niezależności i samodzielności.

---

[106] http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/745513 25.02.2015

[107] 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. 2013 r.poz. 1480 z póź. zm.) § 5. 1 …świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej "skalą Barthel", otrzymał 40 punktów lub mniej.

Omówione powyżej standardy, określające między innymi procedury postępowania w opiece długoterminowej, oparte są o koncepcję postępowania pielęgnacyjnego, której naczelną zasadą jest wzmacnianie zdrowia i sprawności pacjenta, w tym kompensowanie utraconej sprawności w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.[108]

2.4. Prawa pacjenta opieki długoterminowej

Prawa pacjenta zostały kompleksowo unormowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta[109]. Uchwalenie katalogu praw pacjenta w jednym akcie prawnym rangi ustawowej miało przede wszystkim wymiar społeczno-polityczny. Sytuacja prawna pacjenta poprzez uchwalenie tej ustawy w praktyce uległa zmianie jedynie w niewielkim stopniu. Skatalogowane prawa pacjenta były już wcześniej unormowane w innych aktach prawnych, określających zawody medyczne czy funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej. Niemniej jednak dodać należy, że skatalogowanie praw pacjenta pozwoliło na usystematyzowanie tej materii. Zaznaczmy, iż prawa pacjenta przysługują osobom, które są świadczeniobiorcami usług medycznych niezależnie od formy podmiotu, który ich udziela oraz źródeł finansowania tych świadczeń. Oczywiście część świadczeń udzielana jest w formie świadczeń szpitalnych i stacjonarnej opieki długoterminowej lub rehabilitacyjnej a część w formie ambulatoryjnej. W związku z tym adresatami niektórych praw mogą być tylko osoby, które korzystają ze świadczeń związanych z opieką stacjonarną. Prawa te są również niezależne od rodzaju źródła finansowania świadczeń, w związku z tym przysługują w takim samym stopniu pacjentom - świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak i pacjentom - klientom usług medycznych nabywanych w podmiotach prywatnych ze środków własnych lub z ubezpieczenia. Zobowiązanie do przestrzegania praw pacjenta, w tym pacjenta opieki długoterminowej, zawarte są również pośrednio w u.z.l. oraz w KEL. Z kolei zobowiązania pielęgniarek w tym zakresie normuje bezpośrednio w art. 11 u.z.p.p. Większości uprawnień pacjentów unormowanych w ustawie odpowiadają zobowiązania lekarzy i pielęgniarek unormowane w ustawach o ich zawodach. Zdecydowana większość unormowanych praw pacjenta odnosi się w sposób bezpośredni do określenia wiązki uprawnień przysługujących świadczeniobiorcy, a także członkom jego rodziny i bliskim, świadczeń opieki długoterminowej. Kluczowy zakres katalogu praw pacjenta znajdziemy w rozdziale II ustawy o p.p. „Prawo Pacjenta do świadczeń zdrowotnych". Do najważniejszych praw związanych z opieką długoterminową należą:

1) prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.),

[108] *Zasady i warunki postępowania medycznego w opiece długoterminowej* – projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, Załącznik nr 9, [w:] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, dokument roboczy, Warszawa 2012, s. 3.

[109] Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

2) prawo pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń w sytuacji ich ograniczenia (art. 6 ust. 2 u.p.p.),
3) prawo pacjenta do żądania, aby lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego zasięgnął opinii innego lekarza albo zwołał konsylium lekarskie (art. 6 ust. 3 u.p.p.),
4) prawo pacjenta do natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia (art. 7 ust. 1 u.p.p.),
6) prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przez osoby wykonujące zawód medyczny (art. 8 u.p.p.).

Wymienione prawa mają charakter fundamentalny, stanowią bowiem o istocie udzielania świadczeń zdrowotnych, które powinny być udzielane niezwłocznie przy zastosowaniu najnowszej wiedzy medycznej i z najwyższą starannością. Oczywiście naprzeciw tym zobowiązaniom stają problemy finansowe i organizacyjne, które uniemożliwiają pełną i równą dostępność do najlepszych świadczeń zdrowotnych wszystkim uprawnionym. Do udzielania świadczeń według najnowszej wiedzy medycznej zobowiązani są lekarze na mocy art. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, a także pielęgniarki na mocy art. 11 u.z.p.p. W rozdziale III ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta unormowano „Prawo pacjenta do informacji", a w rozdziale IV „Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych". Realizacja tych praw polega na wypełnianiu następujących obowiązków przez personel medyczny podmiotów udzielających świadczeń opieki długoterminowej:

1) obowiązek udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta i realizacji prawa do wyrażania zgody na udzielanie takich informacji innym osobom (art. 9 u.p.p.),
2) obowiązek udzielania dostatecznie wcześnie informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia (art. 10 u.p.p.),
3) obowiązek udzielania informacji o prawach pacjenta (art. 11 u.p.p.),
4) obowiązek udzielania informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot (art. 12 u.p.p.),
5) obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a w szczególności z jego zdrowiem, które zostały uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (art. 13 i 14 u.p.p.).

Niezwykle istotne są również prawa towarzyszące procesowi udzielania świadczeń i zobowiązujące kadry medyczne do działań zmierzających do pozostawania pacjenta i jego bliskich w stanie pełnej świadomości i przejrzystości co do podejmowanych czynności medycznych i pielęgnacyjnych, bądź ich braku. Właściwie prowadzona polityka informacyjna zarówno przez podmiot udzielający świadczeń, jak i jego personel, niezwykle pozytywnie wpływa na proces udzielania świadczeń, eliminując nieporozumienia, stres pacjenta i ewentualne roszczenia.

Prawa pacjenta związane z wyrażaniem zgody przez pacjenta i warunki, w jakich istnieje odstępstwo od prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zostały unormowane w rozdziale 5 „Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych". Prawa pacjenta związane z wyrażeniem zgody lub odmową zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym świadczeń opieki długoterminowej są jednym z najważniejszych praw pacjenta, a zarazem są przedmiotem fundamentalnych wolności obywatelskich. Ze względu na wagę problemu, temu zagadnieniu poświęcony osobny punkt w niniejszym rozdziale.

W rozdziale 6 „Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta" unormowano prawa pacjentów w tym zakresie i odpowiadające im zobowiązania do właściwego postępowania pielęgniarek i lekarzy. Zobowiązanie pielęgniarek i lekarzy do postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta wynika z art. 22 u.p.p oraz z ustaw normujących zawody lekarza i pielęgniarki. Poradnik o prawach pacjenta wskazuje, że świadczenia zdrowotne powinny być udzielane w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym, w którym nie można pacjenta z zewnątrz ani oglądać ani podsłuchać natomiast pacjent w sali wieloosobowej podczas udzielania świadczeń powinien być w odpowiedni sposób zasłonięty[110]. Chociaż poradnik odnosi się do badań, z pewnością można zastosować takie wytyczne do udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Co szczególnie ważne przy udzielaniu świadczeń opieki długoterminowej zgodnie z art. 20 ust. 2 u.p.p. pacjent prawo do umierania w spokoju i godności, a także świadczeń łagodzących ból i cierpienie.

Zakres unormowania dotyczący dokumentacji medycznej i prawa dostępu do niej jest dość szczegółowy. W rozdziale 7 „Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej" scharakteryzowano nie tylko prawo do dostępu pacjenta do dokumentacji medycznej (art. 23 u.p.p.), czy obowiązek podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych do prowadzenia dokumentacji medycznej (art. 24 u.p.p.), lecz również większość przepisów dotyczących dokumentacji medycznej. Fakt unormowania dokumentacji medycznej właśnie w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta może nieco dziwić. Cel uchwalenia przepisów o prawach pacjenta był w zasadzie jednoznaczny. Wydaje się, że właściwszym aktem, który kompleksowo normowałby sprawy dokumentacji medycznej, jest chociażby ustawa o działalności leczniczej. Właśnie w tym akcie prawnym znajdują się przepisy, które określają działalność podmiotów leczniczych. Pomijając ten zakres rozważań można przyjąć, że pacjent opieki długoterminowej ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej. Prawo takie mają również na mocy art. 26 u.p.p. jego przedstawiciele ustawowi lub osoby przez niego upoważnione. Istotną lukę prawną stanowi brak regulacji dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta po jego śmierci w przypadku braku upoważnienia. Ustawa stanowi, iż prawo dostępu do dokumentacji medycznej mają spadkobiercy pacjenta jedynie w zakresie postępowania prowadzonego przed wojewódzką komisją d.s. orzekania o zdarzeniach medycznych. W związku z tym, że zakres orzekania komisji nie

[110] D. Karkowska (red.), *Poradnik o prawach pacjenta*, Warszawa 2013, s. 20.

dotyczy świadczeń udzielanych w ramach opieki długoterminowej, a jedynie świadczeń szpitalnych, obowiązujące prawo wyklucza możliwość dostępu bliskim pacjenta opieki długoterminowej w wypadku jego śmierci, chyba ze wcześniej pacjent upoważnił do tego osobę bliską lub inną osobę. Jednakże w przypadku upoważnienia nie ma jasności sytuacji. Należy przychylić się do stanowiska D. Karkowskiej, która stwierdza, że obowiązujące przepisy należy interpretować w kierunku obowiązującej mocy upoważnienia udzielonego przez pacjenta przed śmiercią[111]. Warto dodać, że autorka słusznie w pewnej mierze krytycznie wypowiada się o orzeczeniu Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 10 listopada 2010 r.[112], który stwierdził, że upoważnienie dostępu do dokumentacji medycznej wygasa wraz ze śmiercią pacjenta, jeżeli w upoważnieniu wyraźnie nie zaznaczono jego mocy obowiązującej również po śmierci mocodawcy. Najważniejsze, że najnowsze orzeczenia Naczelnego Sądu Administracyjnego potwierdzają właśnie taką interpretację, a nawet idą dalej. NSA w wyroku z dnia 17 września 2013 r. stwierdził nie tylko, że osoba, którą upoważniono do wglądu w dokumentację medyczną za życia pacjenta, ma również takie uprawnienie po jego śmierci. NSA stwierdził również, że „Dyrektor szpitala nie może odmówić udostępniania dokumentacji medycznej małżonkowi, gdy ten nie był w stanie złożyć w szpitalu stosownego upoważnienia dla bliskich. W takiej sytuacji organ zarządzający szpitalem narusz prawo i pozostaje w bezczynności”[113].

Szczególnym prawem pacjenta, które może mieć również znaczenie w opiece długoterminowej jest prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (rozdział 8 u.p.p.). Prawo sprzeciwu wiąże się z ważnym zakresem wykonywania zawodu lekarza, jakim jest określone w art. 2 ust. 1 u.z.l. wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Na potrzeby wniesienia sprzeciwu przez pacjenta unormowano specjalne postępowanie oraz instytucję Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej i w razie potrzeby po dokonaniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie na skutek wniesienia sprzeciwu. Komisja jest organem kolegialnym i wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego jej składu.

Naruszenie praw pacjenta zgodnie z art. 4 ustawy o p.p. stanowi samodzielna podstawę dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 kodeksu cywilnego[114]. Oznacza to, że samo naruszenie praw pacjenta, tak jak naruszenie dobra osobistego, powoduje powstanie roszczenia cywilnoprawnego do zadośćuczynienia. Zadośćuczynienie, zgodnie z powołanym przepisem kodeksu cywilnego, może być orzeczone przez sąd w formie kwoty pieniężnej należnej skrzywdzonemu lub przekazane na wybrany cel społeczny. Co należy podkreślić naruszenie praw pacjenta nie musi powodować szkody w formie uszczerbku na zdrowiu czy narażenia zdrowia lub życia pacjenta, aby być podstawą

[111] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa 2012, s. 367.

[112] VII SAB/Wa 46/06, LEX nr 306495

[113] II OSK 1539/13, LEX 1396095

[114] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. Nr 16, poz.93)

roszczenia. W tym zakresie wypowiedział się jednoznacznie Sąd Apelacyjny w Katowicach w wyroku z dnia 6 września 2012 r., stwierdzając: „Żądanie odszkodowania oraz zadośćuczynienia oparte o treść art. 415 k.c. oraz żądanie zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta z art. 448 k.c. to dwa samodzielne i niezależne roszczenia, mające odrębne umocowanie prawne”[115]. Można wysnuć wniosek, iż każde wyrządzenie szkody pacjentowi w formie narażenia jego życia i zdrowia, spowodowanie uszczerbku na zdrowiu, spowodowanie śmierci w wyniku procesu leczenia lub w związku z nim, stanowi złamanie praw pacjenta. Takie działanie lub zaniechanie będzie również podstawą odpowiedzialności w reżimie prawa karnego czy cywilnego.

2.5. Prawne procedury rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczeń opieki długoterminowej

2.5.1. Wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej

Udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta jest naruszeniem jego podstawowych praw i wolności. Polskie prawo karne przewiduje sankcję za wykonywanie zabiegów leczniczych bez zgody pacjenta w postaci grzywny, kary ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat dwóch. Sformułowanie w kodeksie karnym ‘zabieg leczniczy’ należy przede wszystkim rozumieć jako udzielanie świadczeń medycznych związanych bezpośrednio z naruszeniem integralności cielesnej. Udzielanie świadczeń opieki długoterminowej jest pewnym procesem, na który składają się czynności opiekuńcze, ale również świadczenia zdrowotne połączone z czynnościami naruszającymi integralność cielesną, np. iniekcje. Dlatego trudno jest generalnie wyrazić pogląd, że udzielanie świadczeń opieki długoterminowej bez zgody pacjenta jest przestępstwem. Każdy przypadek trzeba oceniać indywidualnie. Z pewnością prawnokarna ocena stanu faktycznego będzie się różnić w przypadku sprawowania opieki długoterminowej bez uzyskania formalnej zgody nieświadomego pacjenta lub osoby uprawnionej do reprezentacji od sytuacji objęcia opieką świadomego pacjenta wbrew jego woli. Należy pokreślić, iż zgodnie z art. 1 §1 i 2 kodeksu karnego przestępstwo jest czynem zawinionym, którego społeczna szkodliwość jest wyższa od znikomej.

Poza prawem karnym wymóg uzyskania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym świadczeń opieki długoterminowej jest wyraźnie unormowany w kilku aktach prawnych. Po pierwsze art. 16 ustawy o p.p. formułuje prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

[115] I ACa 482/12, LEX nr 1220466

W literaturze wskazuje się na następujące przesłanki skuteczności zgody:

1) wyrażenie zgody przez osobę uprawnioną,
2) wyrażenie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnych z prawem (udzielanych przez osoby o wymaganych kwalifikacjach, w warunkach zgodnych z normami i na poziomie odpowiadającym unormowanym standardom),
3) zgoda nie może być dotknięta wadą oświadczenia woli,
4) zgoda musi być wyrażona w odpowiedniej formie.

Co do świadczeń opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych lub stacjonarnie w zakładzie opiekuńczym mamy do czynienia z luką prawną. W art. 17 ustawy o p.p. szczegółowo unormowano prawo do wyrażenia zgody, w tym pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat. Jednakże prawo to odnosi się jedynie do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. W związku z czym przepisów tych nie można bezpośrednio wykorzystać w stosunku do pacjentów pobierających świadczenie opieki długoterminowej.

Forma zgody udzielanej na objęcie pacjenta opieką długoterminowa jest związana głównie z przystąpieniem do procedury umieszczenia pacjenta w stacjonarnym podmiocie opiekuńczym w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W przypadku korzystania z usług poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym konieczne jest zawarcie umowy cywilnoprawnej, której zapisy lub załączniki powinny uwzględniać wyrażenie zgody na objęcie opieką przez osobę uprawnioną.

Pozostaje odpowiedź na pytanie, kto może udzielić zgody na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej? Po pierwsze, sam pacjent może udzielić takiej zgody pod warunkiem pełnej zdolności do czynności prawnej, czyli musi być osobą pełnoletnią nieubezwłasnowolnioną. Nie obowiązuje tutaj według mnie wspomniany przepis szczególny obniżający granice wieku do 16 lat, bowiem wyraźnie jest on zarezerwowany dla świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza. Po drugie, niewątpliwie zgody na udzielanie świadczeń opieki długoterminowej może udzielić przedstawiciel ustawowy w przypadku, gdy pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony. Dalej, pojawia się wyraźny problem prawny dotyczący tego, kto może udzielić zgody na objęcie pacjenta świadczeniami opieki długoterminowej, w sytuacji, kiedy jest on nieświadomy z powodu swojego stanu zdrowotnego, a jest pełnoletni i nie został ubezwłasnowolniony. Niestety taka sytuacja bardzo często ma miejsce w przypadku pacjentów opieki długoterminowej. W art. 17 ust. 2 u.p.p., odnoszącego się do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy, mowa jest o możliwości wyrażenia zgody przez opiekuna faktycznego, czyli osoby, która rzeczywiście sprawuje opiekę nad pacjentem. W związku z tym, iż nie można zastosować tego przepisu, wydaje się, że jedyną drogą na wyrażenie takiej zgody jest zastępcze orzeczenie sądowe.

Powoływana ustawa o zawodzie lekarza również w podobny sposób jak ustawa o prawach pacjenta normuje kwestię zgody na udzielanie świadczeń

zdrowotnych. Niestety, ustawodawca nie przewidział odmienności dotyczącej udzielania świadczeń opieki długoterminowej, polegającej na tym, iż są one udzielane przede wszystkim przez pielęgniarki. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej nie normuje kwestii zgody pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki. Wydaje się, że mamy tutaj do czynienia z wystąpieniem luki prawnej i można zgłosić postulat *de lege ferenda* w zakresie konieczności unormowania udzielania zgody na świadczenia opieki długoterminowej i świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki. Stopniowe zwiększanie faktycznej swobody pielęgniarek szczególnie w zakresie opieki długoterminowej będzie wzmagało potrzebę takiej regulacji.

Obecny kształt u.z.p.p. daje mało swobody na podejmowanie działań przez pielęgniarki w sposób samodzielny bez zlecenia lekarskiego, dlatego wszelkie działania podejmowane w zakładach opieki długoterminowej przez pielęgniarki są wykonywane na zlecenie lekarza. Bez zlecenia wykonywane są czynności takie, jak: podstawowa pielęgnacja polegająca na wykonywaniu czynności higienicznych, myciu, kąpieli, przewijaniu, karmieniu, przemieszczaniu etc. Wszystkie czynności bardziej zaawansowane, takie jak karmienie przemysłowe przez sztuczny dostęp, muszą być poprzedzone odpowiednim zleceniem lekarskim. Dotyczy to również zmiany opatrunków, wszelkich iniekcji czy podawania kroplówki. Wydaje się, że zgodnie z obowiązującym stanem prawnym a w szczególności § 4 rozporządzenia o gwarantowanych świadczeniach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach stacjonarnych zgoda na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej dotyczy zgody na:

- świadczenia udzielane przez lekarza,
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę,
- rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
- świadczenie psychologa,
- terapię zajęciową,
- leczenie farmakologiczne,
- leczenie dietetyczne.

Na świadczenia udzielane przez lekarza konieczna jest jednak osobna zgoda na udzielanie tego zakresu świadczeń – co najwyżej, jeśli pacjent odmawia udziału w zajęciach, przyjmowania posiłków lub leków dokonuje się stosownej adnotacji w dokumentacji pacjenta i zgłasza ten fakt lekarzowi.

Z punktu widzenia placówki opieki długoterminowej przyjmującej pacjenta bardzo często problemem jest uzyskanie świadomej zgody na pobyt i proponowane świadczenia w trakcie przyjmowania pacjenta do zakładu. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych potencjalny świadczeniobiorca występuje z wnioskiem do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczego. Zgodnie z wzorem wniosku określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia świadczeniobiorca potwierdza

własnoręcznym podpisem wolę ubiegania się o przyjęcie do placówki opiekuńczej. Jeśli na tym etapie postępowania lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kwalifikując pacjenta, uzna, że nie jest on w stanie świadomie wyrazić swojej woli, powinien skierować dalsze postępowanie o umieszczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym do sądu opiekuńczego. Sąd, po rozpoznaniu sprawy, może wydać orzeczenie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w placówce i takie orzeczenie stanowi wówczas podstawę do przyjęcia, co jest równoznaczne ze zgodą na udzielanie podstawowych świadczeń medycznych. Jednak każdorazowo, gdy wystąpi potrzeba wykonania procedury medycznej o podwyższonym ryzyku, np. założenie PEGA w celu prowadzenia leczenia żywieniowego, zakład opiekuńczy musi wystąpić do właściwego sądu opiekuńczego o wyrażenie zgody.

Jednakże jeśli w czasie występowania z wnioskiem o wydanie skierowania do placówki opiekuńczej świadczeniobiorca jest w stanie świadomie wyrazić swoją wolę poświadczoną podpisem, ale w okresie oczekiwania na przyjęcie jego stan zdrowia ulegnie pogorszeniu i w ustalonym do przyjęcia terminie nie może już świadomie poświadczyć swojej woli w dokumentacji medycznej zakładu, to czy taki pacjent powinien być przyjęty do stacjonarnej placówki opiekuńczej? Czy wola wyrażona we wniosku stanowi zgodę *pro futuro ?* Odpowiedź na takie pytanie nie wydaje się jednoznaczna. W każdym razie z pewnością ważność takiej zgody należy oceniać w zależności od okoliczności. Zważywszy jednak charakter świadczeń długoterminowych, których konieczność udzielania uzależniona jest często od wieku i stanu pacjenta, dla którego taki rodzaj świadczeń jest naturalną koniecznością, wydaje się, że raz wyrażona zgoda nawet w obliczu późniejszej utraty świadomości będzie wiążąca.

Samo pogorszenie stanu zdrowia pacjenta objętego opieką długoterminową domową, uzasadniające konieczność objęcia go opieką stacjonarną, w przypadku utraty świadomości teoretycznie uniemożliwia przyjęcie do czasu uzyskania postanowienia sądu opiekuńczego. W praktyce jednak taki pacjent jest przyjmowany do zakładu opiekuńczego na podstawie art. 33 pkt 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty[116], a następnie placówka występuje do sądu opiekuńczego o wydanie postanowienia na dalszy pobyt. Jednocześnie prowadzone są rozmowy z opiekunem faktycznym (jeśli takowy jest), informujące o potrzebie rozpoczęcia procedury postępowania o ubezwłasnowolnienie. Zważywszy na czas trwania i koszt tego postępowania, wielu opiekunów faktycznych nie podejmuje jednak takiego działania, co często utrudnia, na dalszym etapie postępowania medycznego, bezzwłoczne wykonywanie określonych interwencji.

W przypadku obejmowania pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową domową kwestie zgody nie są unormowane żadnym aktem prawnym poza art. 16 u.p.p., który mówi, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie

[116] Art. 33. 1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. - Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2008 nr 136 poz. 857 z póź. zm.)

określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Podmioty świadczące ten rodzaj usług same opracowują wzory oświadczeń i formularzy zgody, ale podpisują te dokumenty w znacznej większości opiekunowie faktyczni a nie świadczeniobiorcy. Taki stan rzeczy nie jest zgodny z prawem, jednakże w praktyce stanowi najprostsze rozwiązanie.

Przyjmowanie pacjentów do stacjonarnych placówek opieki długoterminowej o profilu psychiatrycznym reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz.U.12.854). Rozporządzenie dość dokładnie opisuje tryb postępowania w zależności od tego, czy pacjent wyraża zgodę na przyjęcie czy nie, także w przypadku, gdy jest ubezwłasnowolniony. Często, jak się okazuje, uzyskanie zgody – w rozumieniu opiekunów – sprowadza się do złożenia podpisu przez pacjenta na dokumentach wnioskujących o umieszczenie i dopiero podczas przyjmowania do placówki pojawia się problem z uzyskaniem świadomej zgody na pobyt. Opiekunowie często niewłaściwie utożsamiają fizyczną umiejętność złożenia podpisu z wyrażeniem świadomej zgody, a w rozumieniu przepisów prawa nie jest to tożsame Z racji tego, że do zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym pacjenci przyjmowani są zawsze w trybie planowym, zasadą powinno być uzyskanie przez rodzinę (opiekuna faktycznego) postanowienia sądu opiekuńczego o umieszczeniu w placówce opiekuńczej i dołączenie takiego orzeczenia do pozostałych dokumentów wraz z wnioskiem o umieszczenie w zakładzie.

2.5.2. Wytyczne dotyczące postępowania o umieszczenie w placówce opieki długoterminowej

Jeśli osoba wymagająca świadczeń opieki długoterminowej stacjonarnej lub domowej spełnia wymagane prawem kryteria[117], to procedurę objęcia opieką należy rozpocząć od złożenia u lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wniosku o wydanie skierowania wraz z załącznikami. Wymagane dokumenty określone są odpowiednio w:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych,

[117] Zgodnie z § 5 ust. 1 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. 2013, poz. 1480, z późn. zm.), świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel", otrzymał 40 punktów lub mniej. Odnośnie do długoterminowej opieki domowej § 6-10. Obecnie obowiązujące kryterium kwalifikujące do świadczeń opieki długoterminowej (z wyjątkiem dzieci do lat 3) uwzględnia głównie niesprawność czynnościową określoną w skali Barthel, bez żadnych dodatkowych, szczegółowych kryteriów związanych ze stanem klinicznym chorego.

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

Dodatkowo do stacjonarnych placówek zainteresowani muszą złożyć dokumenty stwierdzające wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie do zakładu albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w zakładzie, w szczególności:

a) decyzję organu emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury albo renty; do decyzji załącza się zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu na potrącanie opłaty za pobyt w zakładzie przez właściwy organ emerytalno-rentowy ze świadczenia emerytalno-rentowego, zgodnie z odrębnymi przepisami,
lub
b) decyzję o przyznaniu zasiłku stałego wyrównawczego lub renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę świadczeniobiorcy ubiegającego się o skierowanie do zakładu albo przedstawiciela ustawowego do odbioru tych należności przez zakład.

Świadczeniobiorca składa skierowanie wraz z załącznikami bezpośrednio do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczego.

Inne istotne informacje (uwagi): Z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego może wystąpić:

1) świadczeniobiorca ubiegający się o skierowanie do zakładu albo
2) przedstawiciel ustawowy ww. osoby lub
3) inna osoba – za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego,
4) podmiot leczniczy - za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego,
5) sąd opiekuńczy.

Czas pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym ustalany jest indywidualnie i zależy od stanu zdrowia świadczeniobiorcy i aktualnej oceny wg skali Barthel, dokonywanej przez lekarza i pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego, w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu oraz na koniec każdego miesiąca. Podobne procedury obowiązują w świadczeniach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

2.5. 3. Postępowanie w przypadku zaprzestania sprawowania opieki długoterminowej

W przypadku wskazań do zakończenia pobytu w ZOL/ZPO kierownik zakładu zawiadamia pisemnie świadczeniobiorcę przebywającego w zakładzie, jego przedstawiciela ustawowego, lub – za zgodą świadczeniobiorcy albo jego

przedstawiciela ustawowego – inną osobę lub podmiot leczniczy, w którym świadczeniobiorca przebywa, o terminie wypisania z zakładu. W przypadku opieki długoterminowej stacjonarnej i domowej podstawowym kryterium zaprzestania udzielania świadczeń jest taka poprawa stanu zdrowia podopiecznego, która skutkuje uzyskaniem powyżej 40 punktów w ocenie skalą Barthel. W przypadku stacjonarnej długoterminowej opieki psychiatrycznej o wypisie pacjenta decyduje lekarz.[118] Taka regulacja prawna powoduje, że pacjenci przebywają w placówkach przez wiele miesięcy lub nawet lat bez wyraźnych wskazań medycznych, jedynie ze względów społecznych.

Podstawą do wypisania pacjenta zarówno w długoterminowej opiece o profilu ogólnym, jak i psychiatrycznym, powinien być:

- stabilny stan zdrowia,
- brak wskazań do kontynuacji intensywnego leczenia,
- brak wskazań do prowadzenia intensywnej, specjalistycznej pielęgnacji.

W sytuacji gdy pacjent potrzebuje jedynie świadczeń z zakresu podstawowej pielęgnacji, podawania leków i przygotowania posiłków oraz ewentualnego karmienia, nawet jeśli w ocenie skalą Barthel uzyskuje mniej niż 40 pkt., powinna istnieć możliwość prawna zobowiązująca rodzinę lub opiekunów do przejęcia opieki nad takim pacjentem w warunkach domowych, wspomaganych w razie potrzeby usługami opiekuńczymi. Natomiast zasadniczym kryterium kwalifikującym do stacjonarnej opieki długoterminowej powinna być ocena potrzeb związanych z niesamodzielnością wskutek urazu, choroby lub wieku[119], a nie niezbyt precyzyjna ocena funkcjonalna.

2.6. Odpowiedzialność za udzielanie świadczeń opieki długoterminowej

Udzielanie świadczeń opieki długoterminowej to trudny proces związany z oddziaływaniem na zdrowie i życie człowieka. Niezgodne z prawem i standardami udzielanie świadczeń opieki długoterminowej może narazić podmioty lecznicze i osoby bezpośrednio udzielające świadczeń opieki długoterminowej na odpowiedzialność. Od kilku lata można odnotować gwałtowny wzrost liczby postępowań odszkodowawczych, które mają na celu odszkodowanie i zadośćuczynienie związane z procesem udzielania świadczeń zdrowotnych. Postępowania te mają zazwyczaj charakter procedury likwidacji szkody, albowiem wszystkie podmioty lecznicze objęte zostały obowiązkowym ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej. W wielu przypadkach, kiedy ubezpieczyciel odmawia

[118] §9 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. 12.854).

[119] Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: *„Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”*, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012.

wypłaty odszkodowania i zadośćuczynienia w związku z negowaniem faktu wystąpienia szkody lub kwestionuje wysokość roszczenia, dochodzi do procesu cywilnego. Najczęściej roszczenia pacjentów związane są z niewłaściwym procesem hospitalizacji, który doprowadził do tzw. zdarzenia niepożądanego, czyli zdarzenia, które w związku z niewłaściwym udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu lub śmierci pacjenta. Znaczna część z nich związana jest bezpośrednio ze złą organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych, niedofinansowaniem systemu ochrony zdrowia czy fatalną infrastrukturą. Zdecydowana większość zdarzeń niepożądanych jest wynikiem niedbalstwa personelu medycznego. Roszczenia związane z wyrządzeniem szkody w wyniku świadczeń szpitalnych na razie dominują. Jednakże biorąc pod uwagę rozwój procesów odszkodowawczych w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, zjawisko to dotknie w niedługim czasie również sferę świadczeń opieki długoterminowej. Dużą rolę w tym zakresie odgrywają kancelarie prawne i kancelarie odszkodowawcze, wzmagając popyt na swoje usługi. Nie mniejszą znaczenie mają pojawiające się często informacje medialne o nieprawidłowościach w „służbie zdrowia".

Odpowiedzialność za udzielanie świadczeń opieki długoterminowej może dotyczyć podmiotów leczniczych, a także personelu medycznego i opiekuńczego, a głównie pielęgniarek. Odpowiedzialność podmiotów leczniczych ma głównie wymiar administracyjny i cywilny, a jej konsekwencje wiążą się z odszkodowaniem, zadośćuczynieniem, a także konsekwencjami administracyjno-prawnymi - głównie związanymi z rejestrem podmiotów leczniczych.

2.6.1. Odpowiedzialność administracyjna

Odpowiedzialność administracyjnoprawna za udzielanie świadczeń opieki długoterminowej to odpowiedzialność uregulowana prawem administracyjnym, które, najprościej rzecz ujmując, normuje stosunki pomiędzy obywatelami a państwem lub samorządem terytorialnym. Prawo administracyjne to najobszerniejsza gałąź prawa, która ze względu na swoją specyfikę nie została skodyfikowana. Normy, których naruszenie skutkuje odpowiedzialnością administracyjną, znajdują się przede wszystkim w ustawie o działalności leczniczej oraz aktach wykonawczych odnoszących się do wymogów prawnych określających prowadzenie działalności leczniczej. Odpowiedzialność administracyjnoprawna związana z działalnością leczniczą, w tym opieki długoterminowej, dotyczy zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przede wszystkim nadzoru rejestrowego, który jest stosunkowo szeroko unormowany. Organ rejestrowy, w którego zakresie kompetencji jest rejestracja działalności leczniczej w formie podmiotu leczniczego, ma stosunkowo szerokie unormowania dotyczące zarówno dokonywania wpisu jak i działań kontrolnych. Organem rejestrowym dla podmiotów leczniczych jest właściwy miejscowo wojewoda. Organem rejestrowym dla praktyk zawodowych jest właściwa miejscowo okręgowa rada lekarska, bądź okręgowa rada pielęgniarek i położnych. Zgodnie z art. 107 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą (podmiot leczniczy lub osoba wykonująca

praktykę zawodową) zobowiązany jest do zgłaszania organowi rejestrowymi wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dnia od dnia ich powstania. W przeciwnym razie organ rejestrowy może nałożyć na podmiot karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia.

Kolejnym rodzajem odpowiedzialności o orzekaniu której decyduje organ rejestrowy jest wykreślenie z rejestru unormowane w art. 108 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Wykreślenie z rejestru jest obligatoryjne w przypadku:

- złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia będącego elementem składowym wniosku o wpis do rejestru,
- wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru,
- rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem,
- niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, które były wynikiem kontroli przeprowadzonej przez organ rejestrowy,
- złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru,
- bezskutecznego upływu terminu do podjęcia działalności leczniczej wyznaczonego przez organ rejestrowy,
- skreślenia lekarza bądź pielęgniarki z okręgowej listy członków.

Co ważne, w przypadku skreślenia z powodu złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia lub rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą może uzyskać ponowny wpis po upływie 3 lat od wykreślenia.

Bardzo istotną cechą wzmacniającą kompetencje organu rejestrowego jest możliwość przeprowadzania kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przedmiot kontroli jest stosunkowo szeroki, ponieważ dotyczy zgodności prowadzonej działalności leczniczej z przepisami ustawy o działalności leczniczej i aktów wykonawczych. Wykonujący czynności kontrolne mogą na mocy art. 111 ust. 3:

- żądać informacji i dokumentacji,
- oceniać realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- wchodzić do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- brać udział w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- przeglądać dokumentację medyczną,
- żądać ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Przeprowadzona kontrola pomoże stwierdzić organowi rejestrowemu między innymi, czy podmiot prowadzący działalność leczniczą spełnia warunki określone w art. 17 ustawy o działalności leczniczej.

Wzrost ilości postępowań odszkodowawczych oraz ogólne niezadowolenie społeczne z jakości świadczonych usług zdrowotnych skłoniły ustawodawcę do nowelizacji ustawy o p.p. Celem nowelizacji było wprowadzenie tzw. szybkiej

ścieżki odszkodowawczej związanej ze zdarzeniami medycznymi[120]. Nowelizacja ustawy wprowadziła kilka rewolucyjnych zmian w polskim systemie prawnym. Po pierwsze zdefiniowano zdarzenie medyczne, które zgodnie z art. 67 a ustawy o p.p. oznacza zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące wynikiem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,
2) leczenia, w tym wykonaniu zabiegu operacyjnego,
3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Pod drugie, uzależniono wydanie orzeczenia w przedmiocie zadośćuczynienia i odszkodowania za zdarzenie medyczne od trzech przesłanek (wg D. Karkowskiej):

1) wystąpienia zdarzenia medycznego wyrządzającego szkodę w rozumieniu art. 67 a ustawy o p.p.,
2) wyrządzenia szkody mającej charakter majątkowy lub niemajątkowy na osobie,
3) zaistnienie związku przyczynowego pomiędzy zdarzeniem medycznym a szkodą[121].

Po trzecie, charakterystycznym *novum* wprowadzonym do systemu prawnego było odszkodowanie niezależne od wystąpienia winy. Jedynie wyżej wymienione przesłanki były podstawą odpowiedzialności. Idea ta oparta jest na *non fault system*, która zapoczątkowana została w Szwecji[122].

Postępowanie przed wojewódzkimi komisjami do spraw zdarzeń niepożądanych ma cechy administracyjne, pomimo posiłkowania się przepisami kodeksu postępowania cywilnego. Jak wskazują dane[123], ten tryb nie cieszy się powodzeniem wśród poszkodowanych. W dalszym ciągu preferowane są sądowe postępowania cywilne. Niemniej jednak należy spodziewać się umiarkowanego wzrostu zainteresowania tym uproszczonym trybem postępowania odszkodowawczego. Interesujące są również postulaty rozszerzenia zastosowania orzekania o zdarzeniach medycznych również na pozostałe zakresy świadczeń zdrowotnych, bowiem na podstawie art. 67 a ust. 2 przepisy te stosuje się jedynie do udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu. Postulować należy rozszerzenie obowiązywania tej szczególnej procedury odszkodowawczej na świadczenia stacjonarne, w tym świadczenia opieki długoterminowej.

[120] Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 234, poz. 1388)

[121] D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz,* Warszawa 2012, s. 478.

[122] A. Burzyński, J. J. Fedorowski, *Urzędowe zadośćuczynienie,* „Menadżer Zdrowia" nr 9/2011.

[123] dostępne na stronie www.eib.com.pl

2.6.2. Odpowiedzialność cywilnoprawna

Główną podstawą odpowiedzialności cywilnej za udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń opieki długoterminowej, jest art. 415 k.c., który mówi, że zobowiązanym do naprawienia szkody jest ten, kto ze swojej winy ją wyrządził. Przepis ten określa główne zasady odpowiedzialności deliktowej - odpowiedzialności za czyny niedozwolone. Przesłanką niezbędną do poniesienia odpowiedzialności przez osobę wykonującą świadczenie opieki długoterminowej w postaci działania lub zaniechania jest wina, która najczęściej przybiera formę niedbalstwa. Drugą niezbędną przesłanką dla ponoszenia odpowiedzialności za czyny niedozwolone jest przesłanka bezprawności działania, czyli złamania obowiązującego prawa, które normuje udzielanie świadczeń opieki długoterminowej. Trzecia niezbędna przesłanka - istnienie związku przyczynowego, została unormowana w art. 361, który mówi, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła.

Naprawienie szkody za czyny niedozwolone na gruncie polskiego prawa cywilnego ma charakter kompensacyjny, a zakres kompensacji za szkody na osobie zgodnie z art. 444 §1 k.c. obejmuje przede wszystkim zwrot wszelkich wydatków poniesionych przez poszkodowanego w związku z leczeniem, opieką czy rehabilitacją, a także dodatkowe koszty, które wynikły z poniesionej szkody[124]. W sytuacji, kiedy poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo zwiększyły się jego widoki na przyszłość, przysługuje mu żądanie renty od wyrządzającego szkodę na podstawie art. 444 §2 k.c..

Poza odszkodowaniem i rentą poszkodowanemu przysługuje również zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę na podstawie art. 445 k.c. Chodzi tu o krzywdę niemajątkową, która przyjmuje zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego postać ujemnych przeżyć związanych z cierpieniami fizycznymi i psychicznymi pokrzywdzonego.[125] Wysokość zadośćuczynienia jest wartością wysoce ocenną, uzależnioną od indywidualnego przypadku. Co do wysokości zasądzanego zadośćuczynienia wielokrotnie wypowiadał się Sąd Najwyższy.

Nowelizacja kodeksu cywilnego[126] wprowadziła bezpośrednią podstawę prawną dla roszczeń osób poszkodowanych wskutek śmierci poszkodowanego. W art. 446 k.c. §3 ustanowiono podstawę do przyznania przez sąd odszkodowania dla najbliższych, jeżeli wskutek śmierci poszkodowanego nastąpiło znaczne pogorszenie ich sytuacji życiowej. Ponadto na podstawie §3 powołanego artykułu istnieje możliwość przyznania przez sąd zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Za szkody wyrządzone przez personel podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki długoterminowej odpowiedzialność ponosił będzie na zasadzie art. 430 k.c. ten podmiot leczniczy, niezależnie od formy zatrudnienia personelu. Co

[124] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks…..*, s. 1292.
[125] I PR 178/69
[126] Nowelizacja weszła w życie 3.08.2008 r. (Dz.U. Nr 116, poz. 731)

ważne, odpowiedzialność ta jest odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka, co wyklucza możliwość wyłączenia odpowiedzialności z powodu braku winy.

2.6.3. Odpowiedzialność karna

W skrajnych przypadkach nieprawidłowy proces udzielania świadczeń opieki długoterminowej może oznaczać pociągnięcie osób udzielających świadczenia, bądź odpowiedzialnych za ich udzielanie, do odpowiedzialności karnej. Podstawowe zasady odpowiedzialności karnej zebrane zostały w rozdziale I „Zasady odpowiedzialności karnej" Kodeksu karnego i przedstawiają się następująco:

1) *nullum crimen sine lege* – nikt nie może odpowiadać za czyn, który nie był zagrożony karą przez ustawę (art. 1 § 1 k.k.),
2) *nullum poena sine lege* – kara musi być określona w ustawie (art. 1 § 1 k.k.),
3) w prawie karnym wykluczone jest stosowanie analogii (art. 1 § 1 k.k.),
4) *lex retro non agit* – prawo nie działa wstecz (art. 1 § 1 k.k.),
5) *cogitationis poenam nemo patitur* – warunkiem odpowiedzialności jest popełnienie czynu, za same myśli i zamierzenia nie ponosi się odpowiedzialności (art. 1 § 1 k.k.),
6) nie ma przestępstwa bez winy (art. 1 § 1 k.k.),
7) nie stanowi przestępstwa czyn zabroniony, którego społeczna szkodliwość jest znikoma (art. 1 § 2 k.k.),
8) związek przyczynowy między czynem a skutkiem jest warunkiem bezwzględnym tylko w przypadku przestępstw skutkowych (art. 2 k.k.).

Czyn zabroniony prawem karnym można popełnić:

1) umyślnie – jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo, przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi (art. 8 k.k.),
2) nieumyślnie – jeżeli sprawca, nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć (art. 9 § 2 k.k.).

Prawo karne przewiduje wiele okoliczności (kontratypów), które stanowią o wyłączeniu odpowiedzialności karnej. Zgodnie z art. 26 k.k. działanie w stanie wyższej konieczności polega na poświęceniu jednego dobra dla ratowania innego; w sytuacji, gdy niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość niższą od dobra ratowanego, działanie takie nie jest przestępstwem. Przestępstwem nie jest również, zgodnie z art. 29 k.k., dopuszczenie się czynu zabronionego w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że zachodzi okoliczność wyłączająca bezprawność albo winę. Podobna sytuacja występuje w przypadku dopuszczenia się czynu zabronionego w usprawiedliwionej nieświadomości jego bezprawności, co normuje art. 30 k.k. Ponadto na podstawie art. 31§1 nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej,

upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

Odpowiedzialność karną personelu medycznego można podzielić na:

1) odpowiedzialność za wykonanie interwencji medycznej niezgodnie ze stanem wiedzy,
2) odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy,
3) odpowiedzialność za leczenie bez zgody,
4) odpowiedzialność za naruszenie tajemnicy lekarskiej.

Pierwsza grupa przestępstw wiąże się z wadliwym wykonaniem interwencji medycznej, które mogą stanowić następujące przestępstwo skutkowe:

1) przestępstwo z art. 155 k.k. – nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka,
2) przestępstwo z art. 156 § 2 k.k. – nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
3) przestępstwo z art. 157 § 3 k.k. – nieumyślne spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia innego niż określone w art. 156 k.k. (zwykłe i lekkie uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia),
4) przestępstwo z art. 160 k.k. – nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Pierwsze trzy wymienione przestępstwa są przestępstwami skutkowymi, nieumyślnymi. Oznacza to, że przestępstwo to zostaje dokonane dopiero wtedy, gdy nastąpił opisany w ustawie skutek. Aby zostało popełnione jedno z wymienionych, musi wystąpić związek przyczynowy (między czynem a skutkiem) i musi zostać naruszony przez sprawcę obowiązek ostrożności. Przestępstwo takie może popełnić przez zaniechanie tylko ten, na kim ciążył prawny, szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi.

Przestępstwo z zakresu nieudzielenia pomocy może wystąpić w sytuacji, gdy:

1) lekarz lub pielęgniarka nie rozpoznali zagrożenia życia lub zdrowia i nie udzielili pomocy (przestępstwo skutkowe nieumyślne przez zaniechanie może stanowić wyżej powołane przestępstwa),
2) lekarz lub pielęgniarka właściwie rozpoznali stan pacjenta, ale umyślnie nie udzielili pomocy.

Przestępstwo z art. 192 k.k. to wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Ściganie odbywa się na wniosek pokrzywdzonego. Jest to przestępstwo niejako związane szczególnie z wykonywaniem zawodów medycznych. Zabieg leczniczy jest tutaj rozumiany jako czynności lecznicze, które naruszają integralność cielesną, połączone z pewnym stopniem ryzyka i dolegliwościami. Udzielanie świadczeń opieki długoterminowej uzależnione jest od przyjęcia pacjenta do podmiotu leczniczego udzielającego takich świadczeń lub objęcie opieką domową, dlatego problem udzielenia zgody występuje przede wszystkim przed rozpoczęciem udzielania świadczeń. Oczywiście konieczność udzielania zgody pojawi się każdorazowo w przypadku udzielania dodatkowych świadczeń

zdrowotnych o charakterze diagnostycznym lub terapeutycznym, których konieczność udzielenia wystąpi w związku z bieżącą opieką i pielęgnacją.

Przestępstwo, które może dotyczyć zawodów medycznych z art. 266 k.k. – ujawnienie tajemnicy służbowej i zawodowej, jest to przestępstwo umyślne. Ujawnienie może polegać na przekazaniu, rozgłaszaniu, wykorzystaniu informacji. Ściganie odbywa się na wniosek pokrzywdzonego. Wykonywanie zawodu pielęgniarki i lekarza ściśle wiąże się z zarządzaniem informacjami i dostępem do dokumentacji medycznej, które objęte są tajemnicą lekarską i pielęgniarską. Złamanie zasad ujawniania i przekazywania informacji wiąże się właśnie z potencjalnym zagrożeniem konsekwencjami karnymi.

Warto zwrócić szczególną uwagę na przestępstwo eutanazji - zabójstwa eutanatycznego unormowanego w art. 150 k.k. Jest to kwalifikowana forma zabójstwa, które polega na pozbawieniu człowieka życia pod wpływem współczucia i na jego żądanie. Zgodnie z §2 art. 150 sąd może w wyjątkowych wypadkach zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary lub odstąpić od jej wymierzenia. Opieka długoterminowa jest szczególną formą świadczeń zdrowotnych, której z wyjątkowym nasileniem towarzyszy ból, cierpienie i śmierć. Dlatego personel opiekuńczy musi wykazać się dużą odpornością psychiczną, w przeciwnym razie osoby szczególnie wrażliwe mogą być podatne na pokusę eutanazji. Tym bardziej, iż dyskusja o depenalizacji tego przestępstwa stopniowo się nasila.

Prawo karne za popełnienie przestępstw, które mogą być związane z udzielaniem świadczeń opieki długoterminowej przewiduje kary, do których należą: grzywna, ograniczenie wolności, pozbawienie wolności, dożywotnie pozbawienie wolności. Poza karami kodeks karny przewiduje również środki karne, mogące być orzeczone w przypadku popełnienia przestępstwa związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Do środków karnych należą:

1) zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej,
2) obowiązek powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, zakaz kontaktowania się z określonymi osobami lub zakaz opuszczania określonego miejsca pobytu bez zgody sądu,
3) obowiązek naprawienia szkody lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę,
4) nawiązka,
5) świadczenie pieniężne,
6) podanie wyroku do publicznej wiadomości.

Pomimo tego, że odpowiedzialność karna jest bardzo restrykcyjna, niestety może również wiązać się z bezprawnym działaniem pielęgniarek i lekarzy w związku z procesem udzielania opieki długoterminowej. Jednakże wydaje się, że tego rodzaju konsekwencje dotyczyć mogą jedynie znikomej liczby osób zajmujących się opieką długoterminową i związane będą tylko ze skrajnymi przypadkami braku odpowiedzialności związanej z poważnymi zaniedbaniami. Opieka długoterminowa jest procesem, dlatego najczęściej odpowiedzialność,

w tym odpowiedzialność karna, będzie powiązana z oceną kompleksu podejmowanych działań na przestrzeni czasu. Chociaż w niektórych przypadkach o pociągnięciu do odpowiedzialności mogą decydować jednostkowe czyny lub zaniechania stanowiące naruszenie prawa.

2.6.4. Odpowiedzialność pracownicza

Kolejnym rodzajem odpowiedzialności jest pracownicza odpowiedzialność dyscyplinarna, która unormowana została w ustawie z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (tekst jedn. Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.) w dziale czwartym w rozdziale VI „Odpowiedzialność porządkowa pracowników" i dotyczy jedynie lekarzy, którzy wykonują swój zawód na podstawie umowy o pracę. Zgodnie z art. 108 k.p. za nieprzestrzeganie przez pracownika ustalonej organizacji i porządku w procesie pracy, przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy, pracodawca może stosować karę upomnienia i nagany. Kara pieniężna może być stosowana w przypadku nieprzestrzegania przez pracownika przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych, opuszczenia pracy bez usprawiedliwienia, stawiania się do pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywania alkoholu w czasie pracy. Wysokość kary pieniężnej jest ograniczona i wynosi od jednodniowego wynagrodzenia pracownika do maksymalnie dziesiątej części wynagrodzenia przypadającego pracownikowi do wypłaty po dokonaniu potrąceń.

Pracowniczą odpowiedzialność porządkową można określić za M. Nałęczem (M. Nałęcz, [w:] W. Muszalski, *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 468) jako „stan polegający na ponoszeniu przez pracownika ujemnych konsekwencji osobistych lub majątkowych z tytułu zawinionego niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych".

Postępowanie w sprawie ukarania pracownika karą porządkową nie jest szczególnie skomplikowane (art. 109 k.p.), a okres przedawnienia stosowania kary przez pracodawcę wynosi dwa tygodnie od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązku pracowniczego i po upływie trzech miesięcy od dopuszczenia się tego naruszenia. Ukaranie pracownika może nastąpić tylko po uprzednim jego wysłuchaniu. Pracownik, zgodnie z art. 112 k.p., może wnieść sprzeciw w ciągu 7 dni od zawiadomieniu o ukaraniu. W przypadku, gdy pracodawca nie uwzględni sprzeciwu, pracownikowi przysługuje w ciągu 14 dni środek odwoławczy w postaci wystąpienia do sądu pracy o uchylenie zastosowanej wobec niego kary. Podstawą sprzeciwu może być jedynie zastosowanie kary niezgodnie z przepisami.

Pracownicza odpowiedzialność dyscyplinarna, o jakiej mowa w komentowanym artykule, to tylko taka pracownicza odpowiedzialność porządkowa, która wiąże się z wykonywaniem zawodu lekarza. Mowa tu przede wszystkim o takich naruszeniach obowiązków pracowniczych, które mogą być jednocześnie podstawą odpowiedzialności zawodowej. Stawienie się do pracy pod wpływem alkoholu stanowi złamanie obowiązków pracowniczych, Kodeksu Etyki Lekarskiej, a także prawa karnego w zakresie narażenia na niebezpieczeństwo.

W takim przypadku zbieg przepisów, które są podstawą do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności, powoduje, że wszczęte mogą być aż trzy rodzaje postępowań. W takiej sytuacji możliwe jest zastosowanie przepisu z art. 54 ust. 2 i zawieszenie postępowania.

Podstawą odpowiedzialności pracowniczej w przypadku wykonywania zawodu lekarza i pielęgniarki może być również naruszenie regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który to regulamin obligatoryjnie ustalany jest przez kierownika podmiotu zgodnie z art. 23 u.d.l. Regulamin organizacyjny podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z art. 24 u.d.l. określa m.in. następujące normy organizacyjne i proceduralne, których zawinione naruszenie może stanowić podstawę odpowiedzialności dyscyplinarnej:

1) strukturę organizacyjną podmiotu,
2) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
3) przebieg procesu udzielanych świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu,
4) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
5) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.

2.6.5. Odpowiedzialność zawodowa

Niewłaściwe udzielanie świadczeń opieki długoterminowej może powodować odpowiedzialność zawodową, która jest nieodłącznym elementem ryzyka związanym z wykonywaniem zawodu lekarza i pielęgniarki. Odpowiedzialność dyscyplinarna osób wykonujących zawody medyczne jest niezależna od odpowiedzialności karnej czy cywilnej, a postępowanie w sprawie odpowiedzialności toczy się niezależnie od innych postępowań. Oznacza to, że czyn lub zaniechanie lekarza lub pielęgniarki, które mogą stanowić przewinienie zawodowe, mogą jednocześnie stanowić podstawę odpowiedzialności karnej lub dyscyplinarnej. W przypadku lekarzy i pielęgniarek podstawą pociągnięcia do odpowiedzialności jest naruszenie zasad etyki oraz norm regulujących wykonywanie zawodu. Postępowanie dyscyplinarne odbywa się przed specjalnymi organami samorządu zawodowego, które w ramach swoich kompetencji ścigają i orzekają w sprawach dyscyplinarnych.

Podstawę odpowiedzialności zawodowej lekarzy stanowi art. 53 ustawy z dnia o izbach lekarskich, zgodnie z którym członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Naruszenie zasad etyki lekarskiej polega przede wszystkim na złamaniu norm postępowania określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej[127] lub zasad dotyczących wykonywania zawodu lekarza unormowanych w ustawie o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentysty.

Z pewnością dla prawidłowości wykonywania świadczeń opieki długoterminowej większe znaczenie ma odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek, która została unormowana w rozdziale 6 pt. *Odpowiedzialność zawodowa* ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych[128]. Zgodnie z art. 36 tej ustawy pielęgniarki podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek jest wieloetapowe i zaczyna się od czynności sprawdzających i postępowania wyjaśniającego prowadzonego przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej. W razie ustalenia, że czyn będący przedmiotem postępowania, wypełnia znamiona przewinienia zawodowego, postępowanie, po sporządzeniu przez rzecznika dyscyplinarnego wniosku o ukaranie, toczy się przed organem samorządowym - sądem pielęgniarek i położnych, który ma na celu pociągniecie do odpowiedzialności sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnianiu przewinień. Co istotne, rolą sądu jest również działalność prewencyjna polegająca na zapobieganiu popełniania przewinień oraz umacnianie poszanowania prawa i zasad współżycia społecznego.

Stronami postępowania, które toczy się na rozprawie, są obwiniony oraz pokrzywdzony, także rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Postępowanie jest dwuinstancyjne. W pierwszej instancji toczy się przed sądem okręgowym, a w drugiej przed Naczelnym Sądem Pielęgniarek i Położnych. W razie stwierdzenia przez sąd dyscyplinarny przewinienia zawodowego może zostać orzeczona kara z obszernego katalogu kar, do których należą:

- upomnienie,
- nagana,
- kara pieniężna,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych orzekany na okres od 1 roku do 5 lat,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

[127] Uchwała Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy z 14 grudnia 1991 r. w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

[128] Dz.U. Nr 174, poz. 1083

Od orzeczenia sądu okręgowego przysługuje stronom odwołanie do Naczelnego Sądu Dyscyplinarnego w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia. Sądownictwo dyscyplinarne, podlegające samorządowi zawodowemu, ma duże znaczenie dla grupy zawodowej zawodów medycznych, będących zawodami zaufania publicznego. Z drugiej strony sądownictwo samorządowe w powszechnej świadomości nie daje pełnej gwarancji obiektywnemu poszukiwaniu sprawiedliwości przez pokrzywdzonych.

ROZDZIAŁ 3.
PODMIOTY ŚWIADCZĄCE OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ

3.1. Formy prowadzenia opiekuńczych podmiotów stacjonarnych ZOL i ZOP

Ustawa o działalności leczniczej zastąpiła funkcjonującą dotychczas ustawę z dnia 8 marca 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej[129]. Wprowadzone zmiany okazały się niezwykle istotne. Przede wszystkim ustawodawca zlikwidował formę zakładu opieki zdrowotnej jako podstawowego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Forma ta była głęboko zakorzeniona w systemie ochrony zdrowia i jej funkcjonowanie miało określone znaczenie. Zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) był podmiotem, który był wyodrębniony organizacyjnie od jego organu założycielskiego. Stwarzało to pewnego rodzaju fikcję udzielania świadczeń zdrowotnych nie bezpośrednio przez organ założycielski (na przykład spółkę kapitałową), ale prowadzony przez ten organ specjalnie powołany i uprawniony ZOZ. Funkcjonowanie ustawy o z.o.z. spowodowało występowanie licznych wątpliwości z zakresu podatkowego oraz możliwości komercjalizacji publicznych ZOZ [130]. Ustawa o z.o.z pomimo licznych ułomności, których do końca jej funkcjonowania nie udało się wyeliminować, dawała jednakże podstawę do zdefiniowania systemu ochrony zdrowia jako działalności publicznej z uzupełniającą możliwością kontraktowania świadczeń przez podmioty niepubliczne. Ustawa o z.o.z. definiowała również stacjonarne podmioty udzielające świadczeń opieki długoterminowej. Zgodnie z art. 32 c zakład opiekuńczo-leczniczy to szczególna forma zakładu opieki zdrowotnej, powołana do udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmowały swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji; w ramach świadczeń zakład miał zapewniać środki farmaceutyczne (wyłącznie ubezpieczonym) i materiały medyczne, pomieszczenie oraz wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Z kolei zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy zgodnie z art. 32 d miał udzielać całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji,

[129] Dz. U. Nr. 91, poz. 408

[130] Podstawowym narzędziem realizacji ochrony zdrowia przez samorządy terytorialne pozostawał samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Jednakże część jednostek samorządu terytorialnego postanowiła skorzystać z możliwości przekształcenia publicznego zakładu w niepubliczny tworząc na tą okoliczność spółki kapitałowe. Pomimo licznych kontrowersji proces ten był kontynuowany a w końcu usankcjonowany przez nowa ustawę. Trzeba dodać, że zmiany dotyczyły głównie szpitali, których zadłużanie stwarzało istotne zagrożenie dla stabilności finansowej powiatów.

oraz zapewniać im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, oraz edukację zdrowotną dla świadczeniobiorców i ich rodzin. Obecnie działalność lecznicza zgodnie z art. 16 jest regulowaną działalnością gospodarczą, która polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń opieki długoterminowej, a może być prowadzona przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Działalność lecznicza może być wykonywana przez podmiot leczniczy i osobę czy grupę osób wykonujących praktykę medyczną (pielęgniarską, lekarską czy położniczą).

W aktualnym stanie prawnym podmiotem leczniczym może być przede wszystkim każdy przedsiębiorca w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej[131], działający w każdej formie przewidzianej dla działalności gospodarczej. Oznacza to, że podmiotem leczniczym, udzielającym świadczeń opieki długoterminowej jako zakład opiekuńczo-leczniczy czy zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, może być:

1) osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą,
2) spółka cywilna,
3) spółka jawna,
4) spółka komandytowa,
5) spółka komandytowo-akcyjna,
6) spółka z ograniczona odpowiedzialnością,
7) fundacja,
8) stowarzyszenie,
9) państwowa jednostka budżetowa,
10) samorządowa jednostka budżetowa,
11) instytut badawczy,
12) kościół,
13) kościelna osoba prawna,
14) związek wyznaniowy.

Prowadzenie stacjonarnego podmiotu udzielającego świadczeń opieki długoterminowej nie wymaga, tak jak to miało miejsce pod rządami ustawy o z.o.z., powoływania wyodrębnionego podmiotu. W związku z czym, skoro nie działają już ZOZ-y, trudno jest zdefiniować, czym właściwie w obowiązującym stanie prawnym jest ZOL czy ZPO, skoro nie stanowi prawnie wyodrębnionego podmiotu. Ustawa o d.l. dokonuje tylko definicji przedmiotowej, stwierdzając ogólnie, że udzielanie określonych świadczeń całodobowych i stacjonarnych odbywa się w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Taka przedmiotowa definicja jest trudna do zaakceptowania i stanowi pewien problem faktyczny dla funkcjonujących podmiotów, które utraciły samodzielność organizacyjną. Na problem ten zwrócił uwagę M. Dercz, który stwierdził, że ZOL-e i ZPL-e, jak i inne tego typu podmioty, w związku z utratą tożsamości, mogą być

[131] Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447.

uznane za przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego lub stanowić jednostkę organizacyjną głównego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego lub bezpośrednio tego podmiotu[132]. W związku z powyższym, na określenie prowadzenia ZOL czy ZPO należy raczej używać stwierdzenia 'prowadzenie działalności leczniczej w zakresie ZPO czy ZOL', posługując się jedynie podmiotowym a nie przedmiotowym zakresem działania. O wyodrębnionej podmiotowości możemy mówić dopiero w konkretnym przypadku, kiedy podmiot leczniczy dokona takiego wyodrębnienia organizacyjnego, czyli, inaczej mówiąc, upodmiotowi organizacyjnie działalność opieki długoterminowej. Dlatego podejmując rozważania dotyczące ZOL czy ZPO, możemy mówić tylko o pewnej szczególnej działalności leczniczej, podobnie jak o podstawowej opiece zdrowotnej (zwanej powszechnie POZ). Niestety, w tym zakresie ustawodawca nie zdecydował się na szczególne unormowania i definiowanie jakże ważnej działalności leczniczej.

Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku ZOL czy ZOP prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli szczególnej formy podmiotu leczniczego. Ustawodawca zostawił możliwość kontynuowania działalności leczniczej w tej jakże powszechnej jeszcze formie, która z mocy ustawy nadaje zakładowi pewien szeroki zakres samodzielności i wyodrębnienia. Można powiedzieć, że większość szpitali, które są własnością jednostek samorządu terytorialnego działa jako SPZOZ, działają również w tej formie ZOL-e i ZOP-y, często te, które zostały przekształcone ze szpitali. W wielu wypadkach podmioty opieki długoterminowej stanowią wewnętrzne jednostki organizacyjne dużych SPZOZ, wewnątrz których działają szpitale i przychodnie.

Ustawodawca przewidział dla podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorstwami szczególne unormowania. Wśród tych podmiotów są właśnie SPZOZ-y, których wyodrębnienie jest nie tylko organizacyjne, ale i prawne. Co należy wyraźnie podkreślić, ustawodawca nie przewidział tworzenia nowych SPZOZ, umożliwia jedynie prowadzenie SPZOZ jednostkom, które dotychczas były dla niech organami założycielskimi. Wyodrębnienie organizacyjne SPZOZ od jego organu prowadzącego (wcześniej założycielskiego) skutkuje jego odrębnością w zakresie:

1) posiadania własnego statutu określającego jego ustrój, strukturę organizacyjną, zakres i cel działania oraz formę gospodarki finansowej,
2) bycia pracodawcą w rozumieniu kodeksu pracy, prowadzenia samodzielnej polityki kadrowej,
3) posiadania zdolności prawnej i zdolności do czynności prawnej,
4) możliwość bycia podmiotem ograniczonych praw rzeczowych i prawa własności, samodzielności finansowej wyrażonej przez posiadanie własnego budżetu.
5) realizacji wyznaczanych we własnym zakresie celów dotyczących zarządzania jednostką,
6) podleganie nadzorowi organu prowadzącego.

[132] M. Dercz, T. Rek., *Ustawa…*, s. 82.

Ustrój SPZOZ jak i innych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, reguluje statut zakładu. Zgodnie z art. 42 ust.1 obligatoryjnymi elementami statutu podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w statucie określa się firmę podmiotu, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych. W przypadku stacjonarnych podmiotów opieki długoterminowej (podmiotów zajmujących się wyłącznie tym zakresem opieki) firma powinna zawierać określenie przedmiotu działalności, czyli przyjęcie formy Zakładu Opiekuńczo Leczniczego lub Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego. Jednakże nawiązując do poprzednich rozważań, odkąd powołane terminy są jedynie zakresem działalności, wydaje się, że właściwe byłoby również zawarcie w firmie określenia np. stacjonarny podmiot opieki długoterminowej lub innego. W końcu podmioty ambulatoryjne nieczęsto używają określenia ambulatorium, zastępując je terminem na przykład przychodnia, które obce jest ustawie. Inaczej ma się sprawa z podmiotami, które działają w formie szpitala. Te powinny zawrzeć to określenie w firmie podmiotu, ponieważ jest to podmiotowa forma przewidziana przez ustawę. Statut powinien również zawierać siedzibę podmiotu, jego cele i zadania, organy i strukturę organizacyjną oraz formę gospodarki finansowej.

Należy wyraźnie oddzielić statut od regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego. Ten drugi dokument odnosi się przede wszystkim do procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, podczas gdy statut reguluje sprawy fundamentalne dla funkcjonowania podmiotu. Statut powinien regulować sprawy ustrojowe, których nie normuje przede wszystkim ustawa o d.l., ani akty wykonawcze. Statut może jedynie rozwijać unormowania powszechnie obowiązujące, nie powinien ich powtarzać lub interpretować. Jest dokumentem niezwykle istotnym dla SPZOZ, ponieważ determinuje jego strukturę, sposób i zakres działania, a także cel funkcjonowania jednostki. Wszystkie działania związane z zarządzaniem i organizacją podmiotu leczniczego będą oceniane przez organy kontrolne poprzez zgodność z obowiązującym prawem oraz postanowieniami statutu jednostki. Według M. Dercza „Statut ma charakter wewnętrznego aktu normatywnego, a w przypadku publicznego podmiotu leczniczego ma pewne cechy dokumentu publicznoprawnego. Jako akt prawny niemający cech powszechnego obowiązywania nie może nakładać pozaustawowych obowiązków ani nadawać nowych uprawnień świadczeniobiorcom bądź też pracownikom tego podmiotu”[133].

Wyodrębnienie SPZOZ od organu tworzącego ma swój podstawowy wymiar w niezależności dotyczącej sfery zarządzania. Odpowiedzialność za zarządzanie spoczywa przede wszystkim na kierowniku, który musi spełnić wymagania określone w art. 46 ust. 2 ustawy o d.l., do których należy między kryterium wykształcenia wyższego, posiadania wiedzy i doświadczenia dającego rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika, a także kilkuletniego stażu. Ustawa przewiduje nawiązanie z kierownikiem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. Poza kierownikiem SPZOZ organem, który oddziałuje na zarządzanie jest rada społeczna, będąca w zasadzie organem doradczym

[133] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa…*, s. 186.

i opiniującym, któremu przysługują również funkcje kontrolne. Rada społeczna inicjuje i opiniuje na rzecz organu tworzącego poprzez przedstawianie wniosków i opinii w kluczowych dla SPZOZ sprawach, takich jak:
1) likwidacja, przekształcenie, rozszerzenie lub ograniczenie działalności,
2) opiniowanie wniosku o czasowe zaprzestanie działalności,
3) nabycia aparatury medycznej lub zbycia środków trwałych,
4) ocena pracy kierownika.

Z drugiej strony rada doradza kierownikowi poprzez przedstawianie mu opinii i wniosków w takich sprawach, jak:
1) plan finansowy i inwestycyjny,
2) sprawozdania finansowe,
3) kredyty bankowe,
4) dotacje,
5) podział zysku.

Ponadto rada społeczna jest również organem kontrolnym w zakresie analizy skarg i wniosków pacjentów - świadczeniobiorców SPZOZ w sprawach niedotyczących sfery medycznej. Członkowie rady społecznej SPZOZ, dla których organem tworzącym jest SPZOZ, a takich jest najwięcej (dotyczy to również stacjonarnych podmiotów opieki długoterminowej) powoływani są przez organ uchwałodawczo-kontrolny, czyli radę gminy, powiatu lub sejmik województwa w liczbie nieprzekraczającej 15 członków. Uchwały rady społecznej nie są wiążące, są jedynie wyrazem opinii lub wnioskiem i mogą mieć tylko pośredni wpływ na sytuację podmiotu pod warunkiem ich uwzględnienia przez podmiot tworzący lub kierownika. Oczywiście, ze względu na ustawowe umocowanie rady, organ tworzący i kierownik powinni się liczyć z jej zdaniem. Dlatego też w sytuacji rozbieżnych poglądów kierownik może odwoływać się od uchwały rady do podmiotu tworzącego czyli w przypadku samorządowych jednostek do rady gminy, powiatu lub sejmiku wojewódzkiego. Odwołanie takie może spowodować rozstrzygnięcie uchwałą organu samorządowego, które będzie dla kierownika ostateczną wskazówką dla ocenianych działań lub projektów.

Bardzo duże problemy interpretacyjne powoduje obecnie kwestia osobowości prawnej SPZOZ. Kwestia ta była klarowna pod rządami u. z.o.z., która w art. 35b ust. 3 wyraźnie mówiła, że z chwilą wpisania do rejestru w Krajowym Rejestrze Sądowym SPZOZ uzyskuje osobowość prawną. Ustawa o działalności leczniczej wyraźnie wskazuje w art. 204, iż od dnia jej wejścia w życie nie mogą być tworzone nowe SPZOZ-y z wyjątkiem łączenia już funkcjonujących. Nie wypowiedziała się jednak w sprawie osobowości prawnej już funkcjonujących SPZOZ-ów i tych nowo powstałych. W ust. 2 powołanego przepisu ustawodawca określił, iż publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Skoro ustawa nie przydaje osobowości prawnej podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami, wydaje się, iż właściwy jest wniosek o utracie osobowości prawnej przez SPZOZ. Zgodnie z art. 33 k.c. osobami prawnymi są Skarb Państwa i jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególne

przyznają osobowość prawną. W związku z tym, że obecnie żaden przepis szczególny nie przyznaje osobowości prawnej SPZOZ, to według mnie takiej osobowości nie ma. Można natomiast w stosunku do SPZOZ zastosować koncepcję ułomnych osób prawnych, której podstawą jest art. 33 k.c., według którego poza osobami fizycznymi i prawnymi pewien zakres osobowości prawnej mają jednostki organizacyjne, które za takie osoby nie zostały uznane[134]. Niemniej jednak kwestia osobowości prawnej SPZOZ pozostaje dyskusyjna i niejednoznaczna, pomimo stanowiska Ministerstwa Zdrowia wskazującego zachowanie osobowości prawnej przez SPZOZ[135].

Samodzielność SPZOZ została wyraźnie zaznaczona w zakresie prowadzenia gospodarki finansowej i majątkowej, pomimo podporządkowania jej funkcjom publicznym. Najbardziej istotnym elementem funkcjonowania zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w przypadku podmiotu opieki długoterminowej właśnie takich świadczeń. Rachunek ekonomiczny SPZOZ często jest sprawa drugorzędną, tym bardziej, iż nierzadko SPZOZ-y pełnią funkcję społeczną zarówno w stosunku do świadczeniobiorców jak i pracowników. Często SPZOZ stanowi ważny element na lokalnym rynku pracy, co ogranicza restrukturyzacyjne działania władz lokalnych.

Podstawą działania SPZOZ jest posiadany przez niego majątek ruchomy i nieruchomy, który gwarantuje mu techniczną stronę wykonywania świadczeń zdrowotnych. Można rozróżnić dwa rodzaje nabycia majątku przez SPZOZ. Jako pierwsze należy wymienić pierwotne nabycie majątku. Nabycie pierwotne związane jest z uwłaszczeniem SPZOZ na majątku ruchomym. Unormowane zostało w art. 47 ust. 3 ustawy wprowadzającej. Nabycie pierwotne było związane przede wszystkim z tworzeniem nowych SPZOZ przez jednostki samorządu terytorialnego w celu wykonywania przez nie zadań z ochrony zdrowia. Nabycie wtórne majątku przez SPZOZ może nastąpić w drodze czynności cywilno lub administracyjnoprawnych dokonywanych przez SPZOZ albo organy założycielskie. Chodzi tu w zasadzie o każdą formę cywilną czy administracyjną, która skutkuje przeniesieniem własności ruchomości czy nieruchomości, dokonaną już po nabyciu pierwotnym majątku. W stosunku do zbywania aktywów trwałych przez SPZOZ drogą zakupu albo wprowadzono ograniczenia samodzielności w art. 54 ust. 2 na rzecz podmiotu tworzącego, w postaci ustalenia zasad zbywania.

Korzystanie z majątku nieruchomego, który jest własnością jednostki samorządu terytorialnego, może nastąpić w zasadzie tylko w jednej formie. Na podstawie art. 54 ust. 1 u.d.l. SPZOZ gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego. *Nieodpłatne użytkowanie* jest formą umowy cywilnej nienazwanej, nienormowanej przez prawo cywilne. Na podstawie powołanego przepisu można jedynie wnioskować, że treścią nieodpłatnego użytkowania jest samodzielne gospodarowanie przekazanym majątkiem. W dużym

[134] K. Pietrzykowski (red.), *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 139.
[135] M. Dercz, T. Rek, *Ustawa…*, s. 505.

uproszczeniu można stwierdzić, że nieodpłatne użytkowanie jest zbliżone w swoim zakresie do określonego w prawie cywilnym użyczenia lub użytkowania. W stosunku do wtórnego nabycia nieruchomości przez SPZOZ przepisy prawa nie formułują w zasadzie żadnego ograniczenia. Nie wyklucza to jednakże wprowadzenia ograniczeń w statucie jednostki przez podmiot tworzący.

Mając to na uwadze, można skonstatować, że pomimo deklarowanej przez ustawodawcę samodzielności SPZOZ, to jednostka samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący pozostanie właścicielem przeważającej części majątku wykorzystywanego przez SPZOZ w swojej działalności. Ponadto warto podkreślić, że podmiot tworzący będzie miał decydujący wpływ na sytuację majątkową SPZOZ-u.

Podstawowa zasada gospodarki finansowej SPZOZ określona jest w art. 52 1 u.d.l. Polega ona na prowadzeniu zakładu w formie samodzielnej – pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań. Zasadę samodzielnej gospodarki przekazanym w nieodpłatne użytkowaniem SPZOZ majątkiem unormowano również w przepisie art. 54 u.d.l.

Wartość majątku SPZOZ według art. 56 u.d.l. określają fundusz założycielski i fundusz zakładu. Pierwszy stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego. Drugi z kolei stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego.

Podstawowym zakresem działania SPZOZ jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Finansowanie tych świadczeń odbywa się główne ze środków publicznych na podstawie umowy zawieranej z NFZ. W związku z tym jest to podstawowe, a nierzadko jedyne, źródło finansowania działalności SPZOZ.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może finansować swoją działalność także z innych źródeł. Stąd zgodnie z art. 55 u.d.l. SPZOZ może uzyskiwać środki finansowe z realizacji: odpłatnych świadczeń zdrowotnych, zadań i programów zdrowotnych, z wydzielonej działalności gospodarczej a także ze spadków, zapisów i darowizn. Szczególną szansą dla SPZOZ-ów, dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego, będzie z pewnością realizacja programów zdrowotnych, o których mowa w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Oczywiście najpierw skorzystają na tym SPZOZ-y, których podmiot tworzący będzie głównym realizatorem albo współrealizatorem takiego programu. W przypadku SPZOZ-ów, które ograniczają się do opieki długoterminowej, zakres możliwych programów zdrowotnych jest mocno ograniczony, ponieważ dotyczą one najczęściej badań profilaktycznych. Innym rodzajem pozyskania źródła finansowania dla SPZOZ mogłaby być na przykład emisja obligacji. Jednakże nie ma obecnie mechanizmu prawnego, który by bezpośrednio umożliwił to SPZOZ-owi. W tym celu możliwe jest teoretycznie utworzenie przez SPZOZ spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.[136]

[136] J. Zięba, *Możliwości poprawy sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle aktualnego stanu prawnego i projektowanych zmian*, „Prawo i Medycyna" 2004, nr 2004/16/95.

Sytuacją, w której SPZOZ nie jest dotknięty ograniczeniem samodzielności, jest samodzielne decydowanie o podziale zysku, co zostało wyraźnie unormowane art. 58 u.d.l. Samodzielność oznacza też dla SPZOZ pokrywanie we własnym zakresie ujemnego wyniku finansowego, co zostało określone w art. 59 ust. 1 u.d.l.

Ważną kwestią, która w dalszym ciągu pozostaje sporna w doktrynie i orzecznictwie, jest odpowiedź na pytanie, czy SPZOZ jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą. Ma to duże znaczenie przede wszystkim w zakresie opodatkowania SPZOZ. Naczelny Sąd Administracyjny uchwałą z dnia 17 grudnia 2001 r.[137] uznał, iż SPZOZ udzielający w 2000 r. świadczeń zdrowotnych oraz realizujący zadania określone w art. 1-3 u.z.o.z miał obowiązek uiszczania podatku od nieruchomości według stawek określonych na podstawie art. 5 ust. 1 pkt. 2 i pkt. 6 ustawy z 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych[138], właściwych dla budynków oraz gruntów, związanych z działalnością gospodarczą. Za uznaniem SPZOZ za podmiot prowadzący działalność gospodarczą przemawia postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 26 kwietnia 2006 r.[139], które uznaje, iż SPZOZ ma zdolność układową. Glosa aprobująca do tego postanowienia zawiera daleko idące wnioski, iż SPZOZ spełnia wszystkie przesłanki do uznania go za przedsiębiorcę[140].

Z odmiennym stanowiskiem możemy spotkać się w doktrynie na przykład w glosie krytycznej do powołanego wyżej postanowienia Sądu Najwyższego, według której brak zdolności upadłościowej został wprowadzony w ustawie o z.o.z. po to, aby nie traktować ZOZ-ów jako przedsiębiorców, lecz jako jednostki o odrębnej formie organizacyjnoprawnej, których celem działania jest świadczenie usług zdrowotnych[141].

Konsekwencją dla podmiotów leczniczych, które nie są przedsiębiorcami, a przede wszystkim dla SPZOZ, jest sprawowanie nadzoru przez podmiot tworzący. Sprawy nadzoru zostały unormowane głównie w art. 121 u.d.l.. Podmiot tworzący również jest informowany o wynikach kontroli prowadzonej w ramach kompetencji Ministra Zdrowia. Przedmiotem sprawowania nadzoru jest przede wszystkim zgodność działania podmiotu leczniczego z prawem, a także jego statutem i regulaminem organizacyjnym. Sprawowanie nadzoru polega głównie na kontroli i ocenie:

1) realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie,
2) dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
3) spraw związanych z gospodarowaniem mieniem i gospodarką finansową.

Podmiot tworzący, który w ramach nadzoru stwierdzi niezgodne z prawem działania kierownika podmiotu leczniczego, obligatoryjnie wstrzymuje ich

[137] FPK 13/01.

[138] Dz. U. z 1991 r. nr 9, poz. 31.

[139] IV CKN 1667/00.

[140] P. Bielski, *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2000 r*. Rejent 2004/2/139.

[141] R. Kołodziejski, *Glosa krytyczna do postanowienia Sądu Najwyższego z 26.04.2000 r.*, „Prawo Spółek" 2003, nr 2003/7-8/99.

wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany i cofnięcia. W przypadku, kiedy kierownik nie zastosuje się do zobowiązań w wyznaczonym terminie, podmiot tworzący jest uprawniony do rozwiązania z kierownikiem stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, będącej podstawą wykonywania czynności kierowniczych. Brak, niestety, w obecnym stanie prawnym innych przepisów regulujących sprawowanie nadzoru przez podmiot tworzący, a w szczególności doprecyzowania w tym zakresie jego zobowiązań. Być może stały, efektywny nadzór legalności a w szczególności gospodarki finansowej podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami miałby wpływ na stan zadłużenia tych jednostek[142].

Status podmiotu leczniczego, niebędącego przedsiębiorcą, ustawa nadaje oprócz SPZOZ jednostkom budżetowym, w tym państwowym jednostkom budżetowym tworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustawą statusu podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie posiadają instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, a także kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. Na pierwszy rzut oka takie unormowanie wydaje się nielogiczne, ponieważ wymienione podmioty mogą prowadzić działalność nieodpłatną (stowarzyszenia i fundacje) czy działalność niezarobkową. Nie ma to jednak żadnego związku ze statusem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Podział na podmioty lecznicze, które są lub nie są przedsiębiorcą wprost nawiązuje do regulacji u.z.o.z., która zakłady opieki zdrowotnej podzieliła na podmioty publiczne i niepubliczne. Możliwość bycia podmiotem publicznym uzależniona była od rodzaju organu założycielskiego dla zakładu. Ważnym uregulowaniem dotyczącym podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą jest art. 44 u.d.l., który dzieli pacjentów takiego podmiotu na świadczeniobiorców, którzy uzyskują świadczenia opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i innych pacjentów, w stosunku do których obowiązuje całkowita odpłatność za świadczenia, nieodpłatność lub częściowa odpłatność. Takie unormowanie, które jest praktycznie takie samo jak w przypadku u.z.o.z., w tym samym przedmiocie, oznacza, że tylko w stosunku do nieubezpieczonych lub

[142] Jaskrawym przykładem braku nadzoru lub niewłaściwego jego sprawowania przez Ministra Zdrowia jest sytuacja finansowa Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka". Według „Opinii Zespołu Roboczego do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego mającego na celu ocenę potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka". Według zespołu zadłużenie instytutu na około 240 mln. złotych było wynikiem licznych braków organizacyjnych oraz niewłaściwego zarządzania finansami jednostki. Przykład instytutu jest z pewnością argumentem przemawiającym za prywatyzacjom lub komercjalizacjom podmiotów leczniczych, które nie są przedsiębiorcami. Tym bardziej, że zadłużenie Instytutu jak wskazuje raport nie była wynikiem jakiś szczególnych działań w interesie świadczeniobiorców takich jak realizacja tzw. nadwykonań.

nieuprawnionych z innego tytułu podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą może zastosować zasadę odpłatności całkowitej, częściowej lub jej braku. W związku z czym należy przyjąć interpretację, według której osoba ubezpieczona w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie może korzystać ze świadczeń podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą na zasadach odpłatności. Taka regulacja ma swoje dobre i złe strony dla świadczeniobiorców. Z dobrej strony powoduje gwarancję równego traktowania i równej, transparentnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jest zarazem realizacją prawa pacjenta unormowanego w art. 6 ust. 2 u.p.p. w sytuacji ograniczonych możliwości udzielania świadczeń do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Nie ma więc mowy o legalnym tworzeniu mechanizmów, które skracałyby oczekiwania na świadczenia w sytuacji ich limitowania spowodowanej ograniczoną umową z NFZ. Z drugiej strony taka sytuacja powoduje, że podmioty lecznicze działające najczęściej jako SPZOZ mają ograniczone możliwości dodatkowych zarobków, co często wpływa na ich kondycję finansową i ogólny stan finansów systemu ochrony zdrowia.

Dla podmiotów leczniczych ustawodawca przewidział rejestr podmiotów leczniczych. Prowadzenie odrębnego rejestru jest konieczne ze względu na to, że działalność lecznicza jest szczególnym rodzajem działalności gospodarczej - działalnością regulowaną, która zgodnie z art. 64 u.s.d.g. oznacza działalność gospodarczą, której wykonywanie wymaga spełnienia szczególnych warunków, określonych przepisami prawa - szczególnej ustawy i po uzyskaniu wpisu w rejestrze działalności regulowanej. Prowadzenie odrębnych rejestrów dla działalności regulowanej w tym działalności leczniczej uzasadnione jest przede wszystkim bezpieczeństwem obrotu gospodarczego w szczególnych dziedzinach gospodarki.

Dla podmiotów leczniczych wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania prowadzi rejestr. W związku z czym podmiot leczniczy wpisany jest niejako do dwóch rejestrów: rejestru właściwego ze względu na formę jego funkcjonowania (np. rejestr przedsiębiorców - Centralna Ewidencja Działalności Gospodarczej) i rejestru podmiotów leczniczych. Wpis w rejestrze poza podstawowymi danymi identyfikacyjnymi przedsiębiorcy zawiera również takie dane, jak rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także dane dotyczące struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Należy wspomnieć, iż rejestr pełni również rolę informacyjną dla systemu ochrony zdrowia.

Dane zawarcie w rejestrze powinny być aktualne, tak aby rejestr efektywnie mógł spełniać swoją funkcję. Podmiot leczniczy, zgodnie z art. 107 u.d.l., który jest wpisany do rejestru, zobowiązany jest zgłaszać właściwemu wojewodzie wszystkie zmiany objęte rejestrem. Niezastosowanie się do tego obowiązku, sankcjonowane jest administracyjną karą pieniężną.

Bardzo ważną kwestią związaną z rejestrem podmiotów leczniczych jest możliwość kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy i aktami wykonawczy. Oznacza to, iż wojewoda może kontrolować zgodność działalności leczniczej podmiotu leczniczego z prawem. Możliwy zakres kontroli jest więc bardzo szeroki, począwszy od spełniania wymogów kadrowych, ogólnoprzestrzennych, po udzielanie świadczeń zgodnie ze standardami. Osoby upoważnione do przeprowadzania kontroli mogą żądać od kontrolowanego podmiotu leczniczego wszelkich informacji i dokumentacji, mają prawo wstępu do pomieszczeń podmiotu, wglądu do dokumentacji medycznej, a nawet udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Po przeprowadzeniu kontroli, sporządzany jest protokół. Na podstawie ustaleń zawartych w protokole wojewoda obligatoryjnie wykreśla podmiot leczniczy z rejestru, gdy podmiot leczniczy:

1) złożył niezgodne z prawdą oświadczenie dotyczące danych zawartych we wniosku o wpis do rejestru,
2) dokonał rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem,
3) nie zastosował się do uprzednio wydanych zaleceń kontrolnych.

Wykreślenie z rejestru dotyczy całości działalności leczniczej podmiotu leczniczego, ponieważ w określonych okolicznościach podmiot leczniczy przestaje nim być i traci możliwość wykonywania działalności leczniczej. Obligatoryjne wykreślenie z rejestru w powołanych przypadkach może nastąpić również bez konieczności przeprowadzania uprzedniej kontroli na podstawie art. 108 ust. 3 ustawy o d.l. W przypadku stwierdzenia innych nieprawidłowości niż powołane, wojewoda na podstawie protokołu kontroli wydaje zalecenia pokontrolne, mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, czyli również podmiot prowadzący działalność ZOL czy ZPO, zobowiązany jest ustawą o d.l. do szczególnych działań i procedur. Do obowiązków tych należy unormowany w art. 28 u.d.l. obowiązek zawiadomienia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję lub przedstawiciela ustawowego w razie pogorszenia zdrowia pacjenta. Szczególne obowiązki podmiotu świadczącego opiekę długoterminową związane są ze śmiercią pacjenta. Obok obowiązku informacji takiego samego kręgu osób, jak w przypadku pogorszenia zdrowia pacjenta, podmiot zobowiązany jest do:

1) należytego przygotowania zwłok przez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osoby zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania,
2) przechowywania zwłok nie dłużej niż 72 godziny od śmierci w sytuacji, kiedy nie mogą być wcześniej odebrane.[143]

[143] Szczegóły postępowania podmiotu opiekuńczego w razie śmierci pacjenta normuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania

Świadczenia opieki długoterminowej domowej są świadczeniami ambulatoryjnymi, co oznacza zgodnie z art. 10 u.d.l. świadczenia zdrowotne udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w miejscu pobytu pacjenta. Świadczenia opieki domowej mogą być wykonywane w każdej formie prowadzenia działalności leczniczej. Szczególną formą, która często jest wykorzystywana w tego rodzaju działalności, jest jednoosobowa działalność gospodarcza jako indywidualna lub grupowa praktyka pielęgniarska wyłącznie w miejscu wezwania. Grupowa praktyka pielęgniarska może być prowadzona w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej. Takie formy działalności unormowane zostały w art. 5 u.d.l. Organem prowadzącym rejestr praktyk pielęgniarskich jest okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej.

Wykonywanie działalności leczniczej w formie praktyki grupowej lub indywidualnej wiąże się z koniecznością uprzedniego zarejestrowania działalności gospodarczej na zasadach określonych w ustawie o swobodzie gospodarczej. Dotyczy to praktyki jednoosobowej lub grupowej prowadzonej w formie spółki cywilnej. Pozostałe formy praktyki grupowej, prowadzone jako spółki, muszą być rejestrowane są Krajowym Rejestrze Sądowym. Pielęgniarka, która chce wykonywać zawód w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki specjalistycznej w zakresie opieki długoterminowej, musi posiadać co najmniej dwuletnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu, mieć prawo do wykonywania zawodu oraz odpowiednią specjalizację, a także ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Ponadto pielęgniarka lub pielęgniarki wykonujące praktykę w miejscu wezwania, powinny posiadać sprzęt medyczny, umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta. Istotną słabością wykonywania działalności leczniczej z zakresu domowej opieki długoterminowej w formie indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarskiej, na którą wskazuje D. Karkowska, jest brak możliwości zatrudniania innych pielęgniarek i brak w naszym systemie form łączących zawody, np. lekarzy i pielęgniarki lub pielęgniarki i rehabilitantów[144]. Wymogi kompetencyjne dotyczące opieki długoterminowej związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki zostaną omówione w dalszej części publikacji.

3.2. Obligatoryjne warunki sanitarne i techniczne dla podmiotów świadczących opiekę długoterminową

Warunki jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów leczniczych zostały unormowane przede wszystkim w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą będącego realizacją delegacji ustawowej zawartej w art. 22

podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. nr poz. 420)

[144] D. Karkowska, *Prawo medyczne dla pielęgniarek,* Warszawa 2013, s. 356-357.

u.d.l. Zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia wymagania dotyczące urządzeń i pomieszczeń szpitala stosuje się również do ZOL i ZPO z racji udzielania przez te podmioty świadczeń w formie stacjonarnej. Poniżej podane zostały najważniejsze wymogi określone w rozporządzeniu.

3.2.1. Wymagania instalacyjne i przestrzenne

Zgodnie z przywołanym rozporządzeniem pomieszczenia podmiotu udzielającego świadczeń opieki długoterminowej powinny być zlokalizowane w samodzielnym budynku albo w zespole budynków. Dopuszczalna jest lokalizacja w budynku o innym przeznaczeniu pod warunkiem całkowitego wyodrębnienia pomieszczeń podmiotu leczniczego.

Wnętrze budynku poddane jest odrębnym rygorom. Podstawowy z nich określa kształt i powierzchnia pomieszczeń, która musi umożliwiać prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie. Podłogi zakładu wykonuje się z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, a ich połączenie ze ścianami powinno również umożliwić takie działania. Pokoje chorych nie mogą znajdować się poniżej terenu, ani nie mogą być przechodnie. Powinny być naświetlone światłem dziennym, a w przypadku zbytniego natężenia, instaluje się urządzenia przeciwsłoneczne. Szerokość drzwi w pomieszczeniach, do których przewożeni są pacjenci na łóżkach, powinna być wystarczająca, aby umożliwić transport. Większość z tych wymogów nie ma obligatoryjnego zastosowania do pomieszczeń magazynowych i administracyjnych.

3.2.2. Wymagania dotyczące sprzętu i urządzeń

Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi, powinny być wyposażone w urządzenia sanitarne, takie jak: umywalka, bateria z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. W pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację, zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń. Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, albo wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

Zakłady powinny również tak jak szpitale posiadać rezerwę wodną i energetyczną. Rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę zapewnia co najmniej jej 12-godzinny zapas. Z kolei rezerwowym źródłem zaopatrzenia w energię elektryczną powinien być agregat prądotwórczy, wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania. Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Odstępy między łóżkami powinny umożliwiać swobodny dostęp do

pacjentów. Pokój, w którym znajdują się łóżka pacjentów, powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. W pomieszczeniach podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydziela się co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsca do składowania bielizny czystej, a także osobno do bielizny brudnej i jedno pomieszczenie lub miejsce na odpady. Poza przystosowaniem do mycia i dezynfekcji nie ma szczególnych wymogów dotyczących umeblowania zakładu udzielającego stacjonarnych świadczeń opiekuńczych.

3.3. Dokumentacja medyczna w opiece długoterminowej

Zasadnicze wymagania dotyczące dokumentacji medycznej, prowadzonej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Szczegółowy zakres i sposób prowadzenia dokumentacji obowiązującej w zakładach opieki długoterminowej został określony w § 37 ustęp 1 ww. rozporządzenia[145], przywołując obowiązek prowadzenia w tych placówkach w zakresie dokumentacji wewnętrznej:

- indywidualnej
  - historię choroby wraz z dodatkowymi, wymaganymi także na podstawie innych przepisów dokumentami, w szczególności:
  - historię pielęgniarską,[146]
  - kartę zleceń lekarskich,
  - dokumentację dotyczącą leczenia żywieniowego,
  - karty zabiegów fizjoterapeutycznych, terapii psychologicznej bądź innych zajęć terapeutycznych jeżeli były wykonane,
  - wyniki badań diagnostycznych,
  - wyniki konsultacji,

[145] Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14, § 15, § 17–20, § 22, § 24–26 i § 29–32, z zastrzeżeniem, że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, [w:] Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (Dz.U.2010 nr 252 poz. 1697 z póź. zm.)

[146] Rozporządzenie MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji…. jako indywidualną dokumentację pielęgniarską wymienia kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej a nie historię pielęgniarską.
W stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej ze względu na specyfikę pracy z pacjentem i czas jego pobytu, wymagana jest bardziej rozbudowana forma dokumentowania podejmowanych działań ze strony personelu pielęgniarskiego.

- kopię dokumentacji własnej pacjenta, jeśli taką dostarczył;

• zbiorczej:
- księgę główną przyjęć i wypisów,
- księgę chorych oddziału,
- listę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
- księgę raportów lekarskich,
- księgę raportów pielęgniarskich[147].

Zgodnie z zapisami zawartymi w rozporządzeniu historia choroby powinna składać się z trzech zasadniczych części:

1. przyjęcia pacjenta,
2. przebiegu pobytu,
3. wypisania pacjenta.

Wpisów w dokumentacji należy dokonywać niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, czytelnie i w porządku chronologicznym, a każdy wpis powinien być autoryzowany czyli opatrzony podpisem i pieczęcią identyfikującą osobę, która go dokonała[148]. Po zakończeniu pobytu w placówce opieki długoterminowej lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek zapewnić odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki, zwłaszcza uprawnionym podmiotom i organom. Personel realizujący świadczenia zdrowotne w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej, jak i w formie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, ma obowiązek prowadzenia dokumentacji zgodnie z wytycznymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Dodatkowo musi także przestrzegać wytycznych związanych z dokumentowaniem określonych świadczeń zawartych między innymi w następujących dokumentach:

1. w zakresie trybu kierowania i zasad ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych - w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno- opiekuńczych* (Dz. U. 2012 poz. 731)*;*

[147] Szczegółowe wyszczególnienie rodzajów dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej oraz wewnętrznej i zewnętrznej zawarte jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. (Dz. U. 2010 nr 252 poz. 1697 z póź. zm.)

[148] Ibidem § 10. 1 pkt 3. Oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:
a) nazwisko i imię, b) tytuł zawodowy, c) uzyskane specjalizacje, d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, e) podpis;

2. w zakresie świadczeń przysługujących świadczeniobiorcom w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. - w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej* (Dz. U. 2013 poz. 1480)*;*
3. w zakresie sposobu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy – *kolejne zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*[149] w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej*;*
4. w zakresie realizowania żywienia dojelitowego i pozajelitowego w zakładach opiekuńczych, które powinno być prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a *w szczególności ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.*

Nadzór nad jakością prowadzonej dokumentacji, jej kompletowaniem, przechowywaniem i archiwizowaniem, zgodnie z § 24 rozporządzenia, sprawuje osoba/lekarz kierująca daną placówką. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w 2009 roku kontrolę Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych w zakresie rzetelności prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów, w tym dokumentowania udzielonych im świadczeń zdrowotnych. Wyniki kontroli opublikowane w raporcie pt. *Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych* były druzgocące. Kontrolą objęto 53 jednostki za lata 2007-2009. Stwierdzone nieprawidłowości występowały we wszystkich ZOL objętych kontrolą, jedynie skala i różnorodność ich występowania były zróżnicowane. W niektórych placówkach nieprawidłowości dotyczyły pojedynczych przypadków (w 4-5 zakładach), a w innych stwierdzono od 30-50% nieprawidłowości (w 23 zakładach). Najczęściej powtarzające się nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji wg NIK:

1) zapisy w dokumentacji medycznej były mało czytelne lub zupełnie nieczytelne, pozbawione autoryzacji osoby dokonującej wpisu;
2) zapisy dotyczące badania przedmiotowego pacjentów, oprócz znikomej czytelności, nie zawierały istotnych danych z wywiadu dotyczących ich wcześniejszej hospitalizacji oraz schorzeń współistniejących;
3) dokonywano wpisów z przeprowadzonych kolejnych obserwacji stanu zdrowia pacjentów w czasie, gdy faktycznie przebywali oni poza placówką (w szpitalu lub na przepustce w domu), albo wpisywano ocenę stanu pacjenta, który już nie żył;
4) wpisy lekarzy dotyczące stanu zdrowia pacjenta były odnotowywane średnio jeden raz w miesiącu, natomiast wg umowy z NFZ powinny być 2 razy w tygodniu;

[149] Obecnie obowiązujące jest Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2014/DSOZ z dnia 06 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,

5) wpisy o zastosowanych środkach farmakologicznych u pacjentów nie miały odzwierciedlenia w zapisach w ich dokumentacji medycznej;
6) nie przestrzegano obowiązku sporządzania oceny pacjentów w skali Barthel;
7) sporządzana pacjentom ocena stanu samoobsługi wskazywała na powielanie kolejnych zapisów i nie znajdowała potwierdzenia w zapisach obserwacji lekarskich;
8) stwierdzono przypadki rozbieżności (braku spójności) w dokumentacji lekarsko-pielęgniarskiej tych samych pacjentów;
9) w dokumentacji lekarskiej niektórych pacjentów znajdowały się karty choroby oraz opisy konsultacji i obserwacji lekarskich innych pacjentów (niektóre z nich nie były nawet opatrzone nazwiskiem pacjenta, którego dotyczyły);
10) stwierdzono również przypadki odwrotne, kiedy to w dokumentacji pacjenta brakowało niektórych wymaganych dokumentów (np. skierowania lekarza na pobyt w ZOL, oceny pacjenta w skali Barthel z dnia jego przyjęcia do ZOL i z dalszego pobytu, kart czynności pielęgnacyjnych[150].

Z powyższych rozważań wynika, że dokumentacja medyczna powinna odzwierciedlać sposób i zakres udzielonych świadczeń zdrowotnych osobom przebywającym w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej, natomiast stwierdzone nieprawidłowości świadczą o nierzetelnym wykonywaniu obowiązków w tym zakresie względem pacjentów, za co odpowiedzialność ponoszą bezpośrednio kierownicy/dyrektorzy tych zakładów.

Dokumentacja obowiązująca podczas realizacji świadczeń opieki długoterminowej jest obecnie opracowana i wymagana na wzór dokumentacji dotyczącej realizacji opieki szpitalnej. Jednakże ze względu na specyfikę pacjenta objętego opieką długoterminową[151] nie zawsze rodzaj i sposób prowadzonej dokumentacji jest adekwatny do potrzeb placówki i jej pacjentów.

Brak standaryzacji w zakresie obowiązującej dokumentacji[152] powoduje duże zróżnicowanie w poszczególnych placówkach pod względem stosowanych formularzy, skali i sposobu dokumentowania wybranych parametrów. Utrudnia to opracowanie systemu, który mógłby służyć skutecznej ocenie jakości udzielanych

[150] Opracowano na podstawie opublikowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli *Informacji o wynikach kontroli funkcjonowania zakładów opiekuńczo-leczniczych*, Warszawa 2010., s .4-73

[151] Pacjenci objęci świadczeniami opieki długoterminowej to osoby najczęściej starsze, przewlekle chore, które stały się niesamodzielne w związku z chorobą, urazem lub wiekiem, wymagające holistycznego podejścia i wielokierunkowego wsparcia, czasem przez wiele miesięcy.

[152] Standaryzacja w zakresie dokumentacji powinna wymóc stosowanie konkretnego wzoru dokumentacji, jednakowego we wszystkich placówkach określonego typu, np. jednakowe formularze do dokumentowania procesu pielęgnowania w stacjonarnych placówkach, jedna określona skala do oceny ryzyka rozwoju odleżyn, jedna określona skala do oceny stopnia odleżyny, jednakowe kryteria do rozpoznawania i klasyfikacji zakażeń zakładowych

świadczeń w opiece długoterminowej i uniemożliwia prowadzenie przekrojowych analiz epidemiologicznych wybranych grup pacjentów[153].

Obecnie jednym z najlepiej funkcjonujących standardów w zakresie dokumentowania określonych stanów zdrowotnych w populacji starszych osób jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG).To wielowymiarowe i interdyscyplinarne narzędzie diagnostyczne pozwalające na wykrycie problemów zdrowotnych i funkcjonalnych w płaszczyźnie mentalnej, emocjonalnej, kliniczno- medycznej oraz socjalnej u starszego pacjenta, celem oszacowania deficytów i ustalenia priorytetów leczniczo–rehabilitacyjnych[154]. Wprowadzenie obowiązku przeprowadzania całościowej oceny geriatrycznej wszystkich pacjentów obejmowanych opieką długoterminową, ułatwiłoby sprawowanie zindywidualizowanej opieki oraz identyfikację, a następnie minimalizację lub eliminację czynników ryzyka możliwych powikłań.

3.4. Wymogi kadrowe i kompetencyjne w podmiotach świadczących opiekę długoterminową

W Polsce, jak wielokrotnie wspomniano, narasta zjawisko starzenia się społeczeństwa, a to powinno mobilizować decydentów do wprowadzania zmian w systemie opieki zdrowotnej dedykowanej osobom starszym i niesamodzielnym. Zmiany te powinny być powiązane z systemem kształcenia kadr medycznych zatrudnionych lub planujących zatrudnienie w opiece długoterminowej. Czynnikami stymulującymi zapotrzebowanie na kadrę udzielającą świadczeń terapeutycznych, pielęgnacyjnych i opiekuńczych, są m. in.:

- demograficzne starzenie się społeczeństwa, wpływające bezpośrednio na wzrost ilości osób niesamodzielnych,
- ograniczone możliwości wywiązywania się przez rodzinę z jej funkcji opiekuńczych,
- postępująca profesjonalizacja świadczeń pielęgnacyjnych coraz bardziej wymagająca właściwego przygotowania zawodowego.[155]

Celem wprowadzanych zmian powinno być zabezpieczenie potrzeb osób, które stały się niesamodzielne w związku z chorobą, urazem lub wiekiem. Obecnie wymogi dotyczące ilości i kompetencji kadry medycznej w opiece długoterminowej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych

[153] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012, rozdział II Stan aktualny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej s. 38.

[154] Krzemieniecki K.,(2010), *Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii— systematyczny przegląd piśmiennictwa,* [w:] *Onkologia w Praktyce Klinicznej,* tom 6, nr 3, s. 91–96, Via Medica, www.opk.viamedica.pl

[155] P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań,* „Polityka Społeczna" nr 7/2009, s. 9-13 httpwww.ipiss.com.pl…ps_7_2009_p_bledowski_a_wilmowska.pdf

z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.[156]

Dodatkowo zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, swoimi zapisami niejako gwarantują przestrzeganie przez świadczeniodawców wymogów dotyczących kwalifikacji i ilości kadry udzielającej świadczeń w trakcie trwania umowy.[157]

3.4.1. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych

Zgodnie z zapisami rozporządzenia[158], świadczenia gwarantowane, które są realizowane w warunkach stacjonarnych, obejmują świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, psychologa, logopedę i terapeutę zajęciowego. Natomiast w załączniku nr 4 do rozporządzenia części I pkt 1, ppkt 1-8 określono szczegółowe wymagania dotyczące kwalifikacji personelu udzielającego powyższych świadczeń.

LEKARZE

W zakładach opiekuńczych na etat lekarski w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek) obligatoryjnie uwzględnia się cząstkowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub geriatrii, lub gerontologii oraz zapewnia konsultacje specjalistyczne przez co najmniej:

- specjalistę w dziedzinie psychiatrii oraz specjalistę w dziedzinie neurologii

W przypadku pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV, przy zakresie obowiązków i ilości łóżek na etat przeliczeniowy jak wyżej - w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego uwzględnia się cząstkowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej oraz cząstkowe etaty przeliczeniowe:

- specjalisty w dziedzinie psychiatrii i specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych lub

[156] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2013r. poz. 1480 z późn. zm.).

[157] Obecnie obowiązujące jest Zarządzenie Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych reguluje rozdział 4, a zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych reguluje rozdział 5.

[158] Dz. U. z 2013r. poz. 1480 z późn. zm., § 4. ust.1 i 2

- lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób zakaźnych, lub
- lekarza w trakcie specjalizacji w tych dziedzinach.

W zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia przy takim samym jak wyżej zakresie obowiązków i ilości łóżek na etat przeliczeniowy w cząstkowych etatach przeliczeniowych uwzględnia się:

- specjalistów w dziedzinie neurologii, rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, pediatrii lub
- lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: neurologii, rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, lub pediatrii, lub
- lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: neurologii, rehabilitacji medycznej, pediatrii.

W zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie, przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby - udziela świadczeń w łącznym wymiarze $^1/_8$ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik $^1/_8$ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się cząstkowe etaty przeliczeniowe:

- lekarza specjalisty w dziedzinie: anestezjologii, anestezjologii i reanimacji, anestezjologii
  i intensywnej terapii, rehabilitacji, rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, neurologii, chorób płuc lub
- lekarza ze specjalizacją I stopnia w powyższych dziedzinach, lub
- lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji medycznej, neurologii, chorób płuc.

W opiece nad dziećmi i młodzieżą - oprócz wymagań wymienionych w wyżej - dodatkowo udziela świadczeń, w ramach cząstkowego etatu przeliczeniowego:

- lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub
- lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii, lub
- lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny pediatrii.

Z punktu widzenia potrzeb zakładu opiekuńczego i warunków koniecznych do spełnienia przy kontraktowaniu świadczeń, katalog wymienionych powyżej specjalizacji jest zamknięty. Jednak dopuszczalne jest dodatkowe zatrudnienie lekarza z inną specjalizacją – zatrudnienie to jednak nie może być włączone w ramy etatu przeliczeniowego[159].

Na przestrzeni pięciu lat w Polsce zwiększyła się ilość lekarzy, posiadających uprawnienia określone w omawianym rozporządzeniu i zatrudnionych

[159] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012, s. 35 - 36.

w placówkach realizujących świadczenia z zakresu opieki długoterminowej o 1 555 osób, co stanowi wzrost o 173,5 %. Poniżej przedstawiono zestawienie liczby lekarzy posiadających uprawnienia i zatrudnionych przy realizacji świadczeń w stacjonarnej opiece długoterminowej w roku 2007 oraz w roku 2012 z podziałem na profil zakładu dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży do lat 18.

Tabela 1. Liczba lekarzy z wymaganymi uprawnieniami realizujący świadczenia z zakresu opieki długoterminowej

RODZAJ ŚWIADCZEŃ		NAZWA PLACÓWKI	liczba lekarzy zatrudnionych w 2007roku	liczba lekarzy zatrudnionych w 2012 roku
STACJONARNE	DLA DOROSŁYCH	opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, w tym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	872	2 360
	DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze w tym dla dzieci wentylowanych mechanicznie	24	91
RAZEM			896	2 451

Źródło: ***2007 r****.- Witkowska B, (2009), Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny – zadania na przyszłość, [w:] Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje, red. M. Augustyn, Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009 s. 74.*
2012 r*. - Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012 s. 36*

PIELĘGNIARKI

W zakładach opiekuńczych wymagane jest, aby łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy posiadało:

- ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub
- kurs specjalistyczny w zakresie opieki paliatywnej, lub
- w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów.

Tabela 2. Zestawienie porównawcze liczby pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych w roku 2007 i w roku 2012 z podziałem na województwa.

Województwo	Liczba pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych			Liczba osób będących w trakcie specjalizacji w roku 2012
	2007 rok	2012 rok	wzrost liczby specjalistów	
dolnośląskie	25	81	56	50
kujawsko-pomorskie	49	111	62	33
lubelskie	86	198	112	25
lubuskie	4	83	79	-
Łódzkie	2	22	20	-
małopolskie	16	40	24	59
mazowieckie	114	189	75	41
opolskie	3	32	29	-
podkarpackie	2	52	50	37
podlaskie	-	32	32	67
pomorskie	56	79	23	-
śląskie	7	49	42	35
świętokrzyskie	46	79	33	-
warmińsko-mazurskie	9	56	47	20
wielkopolskie	31	82	51	36
zachodniopomorskie	3	97	94	-
RAZEM	453	1282	829 (183%)	403

Źródło: dane z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie ***2007 r****.- Witkowska B, (2009) Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny – zadania na przyszłość, [w:] Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. red. M. Augustyn, Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009 s. 73.*

2012 r*. - Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012, zał. nr 8*

W zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia świadczeń udziela pielęgniarka z:

- ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa pediatrycznego, lub pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub
- kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej, lub
- w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów.

W opiece nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która:

- ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania dziecka lub odpowiednio do profilu zakładu - pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub
- ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub
- w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów.

W tabeli nr 2 dokonano porównawczego zestawienia liczby pielęgniarek w roku 2007 i w roku 2012 w zakresie tylko jednego parametru, a mianowicie ilości pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych – specjalizacji, która wydaje się mieć największe zastosowanie w świadczeniu opieki nad osobami obłożnie chorymi i niesamodzielnymi. Jest ona wymagana nie tylko we wszystkich typach placówek świadczących stacjonarną opiekę długoterminową, ale także w świadczeniach z zakresu opieki długoterminowej realizowanych w warunkach domowych.

Średnio na przestrzeni pięciu lat w Polsce zwiększyła się liczba pielęgniarek, posiadających specjalizację z pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, o 829 osób, co stanowi wzrost o 183%.

W tabeli nr 3 zestawiono liczbę pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych z ilością pielęgniarek posiadających inne uprawnienia (zgodne z rozporządzeniem MZ) do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (w tym również z uprawnieniami do opieki nad chorym wentylowanym mechanicznie) oraz proporcje w stosunku do liczby mieszkańców.

Tabela 3. Zestawienie porównawcze liczby pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych z innymi uprawnieniami do realizacji świadczeń opieki długoterminowej

Województwo	Liczba pielęgniarek posiadających specjalizację oraz będących w trakcie szkolenia w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych w 2012 roku	Liczba bezwzględna pielęgniarek z uprawnieniami do realizacji świadczeń opieki długoterminowej rok 2012	Liczba ludności w województwie	Liczba pielęgniarek na 10000 mieszkańców
dolnośląskie	131	7026	2877121	24,42
kujawsko-pomorskie	144	3328	2069575	16,08
lubelskie	223	4584	2154892	21,27
lubuskie	83	1614	1010705	15,97
Łódzkie	22	4253	2538451	16,75
małopolskie	99	5528	3304337	16,73
mazowieckie	230	11525	5232432	22,03
opolskie	32	2104	1029894	20,43
podkarpackie	89	5004	2102742	23,80
podlaskie	99	3595	1189175	30,23
pomorskie	79	3209	2235511	14,35
śląskie	84	9623	4638462	20,75
świętokrzyskie	79	3331	1268271	26,26
warmińsko-mazurskie	76	2176	1427587	15,24
wielkopolskie	118	3893	3414185	11,40
zachodniopomorskie	97	2330	1693520	13,76
RAZEM	1682	73 123	38 186 860	19,15

Źródło: Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012, s. 32.

W liczbie pielęgniarek z uprawnieniami do realizacji świadczeń opieki długoterminowej zawarta jest liczba pielęgniarek posiadających specjalizację oraz

będących w trakcie szkolenia w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Najwięcej pielęgniarek uprawnionych do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 10000 mieszkańców odnotowano na terenie województw: podlaskiego – 30,23; świętokrzyskiego – 26,26; dolnośląskiego – 24,42. Natomiast najsłabsze zabezpieczenie odnotowano na terenie województwa: wielkopolskiego – 11,40; zachodniopomorskiego – 13,76; pomorskiego – 14,35. Jednakże trudno jest ostatecznie ustalić, jaka liczba pielęgniarek posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń w opiece długoterminowej faktycznie te świadczenia realizuje. Należy założyć, że wszystkie osoby z uprawnieniami (w tym szczególnie ze specjalizacją) pracują w opiece długoterminowej.

FIZJOTERAPEUCI

Podstawową rolą wszystkich fizjoterapeutów zatrudnionych w opiece długoterminowej jest współdziałanie z lekarzem i całym zespołem terapeutycznym biorącym udział w procesie leczenia i usprawniania pacjentów oraz z rodziną w zakresie edukacji i współpracy przy usprawnianiu chorego.[160] Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej bardzo precyzyjnie określa kompetencje osób, które mogą udzielać świadczeń w zakresie fizjoterapii w placówkach opieki długoterminowej. Potrzeba dodatkowych kwalifikacji uzależniona jest od roku rozpoczęcia kształcenia, rodzaju ukończonej uczelni oraz uzyskanego tytułu.

W zakładach opiekuńczych fizjoterapeuta może udzielać świadczeń w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek (równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek).

W zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie oraz dla świadczeniobiorców będących w stanie wegetatywnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali "0" punktów - udziela świadczeń w łącznym wymiarze $^1/_4$ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik $^1/_4$ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko), natomiast w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek).

PSYCHOLOG

Psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej - udziela świadczeń w łącznym wymiarze $^1/_2$ etatu przeliczeniowego na 35 łóżek.

[160] Żak M., *Rola fizjoterapeuty w ocenie i opiece geriatrycznej*, [w:] *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej*, pod redakcją prof. dr hab. Barbary Bień i dr n. med. Katarzyny Brocze, Warszawa, 2012, s. 13.

LOGOPEDA, TERAPEUTA ZAJĘCIOWY

Osoba posiadająca kwalifikacje opisane w „rozporządzeniu koszykowym" świadczy usługi w zakresie:

- LOGOPEDA - korygowania wad wymowy i usprawniania motoryki aparatu mowy, profilaktyki, likwidowania objawów zaburzonej komunikacji językowej, stymulacji mowy opóźnionej i innych.
- TERAPEUTA ZAJĘCIOWY - prowadzenia różnych form i technik terapii zajęciowej w procesie leczenia oraz rehabilitacji chorych, w celu ograniczania skutków niepełnosprawności wywołanej urazem, chorobą lub wiekiem.

Norma zatrudnienia łącznie dla logopedy i terapeuty zajęciowego w zakładach opiekuńczych - to wymiar 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 chorych uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia.

W zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV - udziela świadczeń osoba, która posiada kwalifikacje:

- specjalisty terapii uzależnień, lub
- specjalisty psychoterapii uzależnień, lub
- instruktora terapii uzależnień - uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i posiada kwalifikacje w łącznym wymiarze $^1/_2$ etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia.

OPIEKUN MEDYCZNY

Jest to osoba, posiadająca kwalifikacje w zawodzie opiekun medyczny uzyskane w toku rocznego kształcenia w szkole lub uzyskała kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych, uzyskane w ramach kursu kwalifikacyjnego – pracuje na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki.

3.4.2. Świadczenia realizowane w warunkach domowych

Zgodnie z zapisami rozporządzenia[161], świadczenia gwarantowane, które są realizowane w warunkach domowych, obejmują w zależności od rodzaju - świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę i fizjoterapeutę (§ 6. pkt.1) lub tylko przez pielęgniarkę (§ 6. pkt 2). Natomiast w załączniku nr 4 do rozporządzenia części II, pkt 1, ppkt 1-3 oraz pkt 4, ppkt 1–4 określono szczegółowe wymagania dotyczące kwalifikacji personelu udzielającego powyższych świadczeń.

[161] Dz. U. z 2013r. poz. 1480 z późn. zm., § 6.pkt.1 i 2
§ 6. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych są realizowane przez:
1) zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
2) pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

3.4.2.1. Świadczenia gwarantowane udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie

LEKARZE

Podczas realizacji świadczeń porady lekarskie w domu świadczeniobiorcy odbywają się nie mniej niż 1 raz w tygodniu lub 1 raz na dwa tygodnie, lub 1 raz na kwartał - dla każdego świadczeniobiorcy wymagającego stosowania odpowiednio: inwazyjnej wentylacji mechanicznej, nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej powyżej 16 godzin na dobę, pomiędzy 8 a 16 lub poniżej 8 godzin na dobę z zapewnioną stałą dostępnością w systemie zmianowym albo dyżurowym pod telefonem.

Świadczenia te realizuje lekarz:

- specjalista w dziedzinie: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii lub
- specjalista w dziedzinie: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii i neurologii lub chorób płuc, lub
- specjalista w dziedzinie: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii i lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii lub neurologii lub chorób płuc,
- lub specjalista w dziedzinie: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii i lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny: anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii lub
- lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii i lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny pediatrii - dotyczy opieki nad dziećmi i młodzieżą.

PIELĘGNIARKI

Podczas realizacji świadczeń wizyty pielęgniarskie odbywają się nie mniej niż 2 razy w tygodniu lub 1 raz w tygodniu, lub 1 raz na kwartał - dla każdego świadczeniobiorcy wymagającego stosowania odpowiednio: inwazyjnej wentylacji mechanicznej, nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej powyżej 16 godzin na dobę, pomiędzy 8 a 16 lub poniżej 8 godzin na dobę z zapewnioną stałą dostępnością w systemie zmianowym albo dyżurowym pod telefonem.

Świadczenia może realizować pielęgniarka, która ma roczne doświadczenie zawodowe oraz ukończoną specjalizacją lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie:

- pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
- opieki paliatywnej, lub
- opieki długoterminowej, lub
- pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub

ukończony kurs specjalistyczny w zakresie:
- opieki paliatywnej lub
- pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub
- pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub

w trakcie tych specjalizacji lub kursów.

FIZJOTERAPEUCI

Do realizacji świadczeń w warunkach domowych wymagane są takie same kwalifikacje jak przy realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych. Wizyty domowe odbywają nie mniej niż 2 razy w tygodniu - dla każdego świadczeniobiorcy zarówno w przypadku osoby wymagającej stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej jak i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej od 8 do 16 godzin na dobę oraz powyżej 16 godzin na dobę.

Maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych, realizowanych przez pielęgniarkę i fizjoterapeutę, jest ustalana indywidualnie przez lekarza udzielającego świadczeniobiorcy świadczeń gwarantowanych.

3.4.2.2. Świadczenia gwarantowane udzielane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową[162]

W pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji. Przy objęciu jednoczasową opieką nie więcej niż 6 świadczeniobiorców przebywających pod różnymi adresami zamieszkania lub nie więcej niż 12 świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej) stosowany jest dla pielęgniarki równoważnik 1 etatu przeliczeniowego. Świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być realizowane przez pielęgniarkę z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie:
- opieki długoterminowej, lub
- pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub
- pielęgniarstwa zachowawczego, lub
- pielęgniarstwa rodzinnego, lub
- pielęgniarstwa środowiskowego, lub
- pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub
- pielęgniarstwa pediatrycznego, lub
- pielęgniarstwa geriatrycznego, lub
- pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub

z ukończonym kursem specjalistycznym w zakresie:
- opieki paliatywnej, lub

w trakcie tych specjalizacji lub kursów.

[162] Ibidem, Załącznik nr 4, część III, pkt 1.

3.4.3. Opieka długoterminowa psychiatryczna

Wymagania dotyczące personelu udzielającego świadczeń w opiece długoterminowej psychiatrycznej stacjonarnej oraz domowej, sprowadzają się głównie do określenia kwalifikacji lekarza, który powinien być:

- specjalistą w dziedzinie psychiatrii lub
- posiadać specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub
- być w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek.

W zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży wymagany jest lekarz:

- specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub
- psychiatrii dziecięcej, lub
- posiadać specjalizację I stopnia, lub być w trakcie tej specjalizacji.

Dodatkowo powinien być zatrudniony lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub inny specjalista, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych pacjentów, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych pacjentów - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 160 łóżek.

Ponadto wymagane jest zatrudnienie:

- psychologa - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek,
- osoby prowadzącej terapię zajęciową - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek dla dzieci i młodzieży 1 na 26 łóżek,
- pielęgniarek, zgodnie z normami zatrudnienia określonymi w odrębnych przepisach.

Warunki realizacji świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa psychiatryczna zostały zawarte w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień *(Dz. U. 2013 poz. 1386)* z późn. zm.) załącznik nr 1 pkt 12, 13, 14, 15 oraz
- Zarządzeniu Nr 78/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

3.4.4. Planowane zabezpieczenie kadrowe w opiece długoterminowej

W obliczu prognoz demograficznych i narastających w związku z tym potrzeb zdrowotnych wobec osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz pojawiającego się w tych okolicznościach niedoboru kadr specjalistycznych, wymagane jest podjęcie skutecznych działań zmierzających do rozwoju kształcenia

i przygotowania praktycznego kadr medycznych z zakresu opieki długoterminowej, ale także personelu pomocniczego, jak i opiekunów nieformalnych[163].

Zgodnie z brzmieniem art. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. 2012 poz. 1489), geriatria stanowi jedną z najważniejszych specjalizacji lekarskich, ale jest specjalizacją szczegółową. Dlatego problemami zdrowotnymi osób starszych – w znacznej większości odbiorców opieki długoterminowej zajmują się lekarze specjaliści posiadający specjalizacje podstawowe, czyli: interniści, neurolodzy oraz lekarze medycyny rodzinnej.[164]

Zagadnienia związane z wymogami kadrowymi i kompetencyjnymi oraz normy zatrudnienia w formie wytycznych, zostały określone w dokumencie podsumowującym pracę Zespołu do spraw opieki długoterminowej, jako rekomendacje do przyszłościowych rozwiązań[165]. W omawianym standardzie „zakład realizujący opiekę długoterminową obowiązany jest zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych i osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie…", w tym:

LEKARZ – z kwalifikacjami, w zakresie niezbędnym do merytorycznego nadzoru nad kontynuacją leczenia pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową:

a) w zakładach typu ogólnego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, ze specjalizacją mającą zastosowanie - wizyty 2 x w tygodniu i według potrzeb na wezwanie pielęgniarki;
b) w zakładach dla wentylowanych mechanicznie - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - wizyty 2x w tygodniu oraz lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii - wizyty według potrzeb na wezwanie pielęgniarki;
c) w zakładach dla dzieci – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - wizyty co najmniej 1x w tygodniu oraz lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub w trakcie specjalizacji - wizyty 1x w tygodniu i według potrzeb na wezwanie pielęgniarki;
d) w zakładach o profilu psychiatrycznym – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - wizyty 1 x w tygodniu oraz lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub

[163] Ministerstwo Zdrowia, *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* Warszawa, grudzień 2012 r. www.oipip-poznan.pl/strategia.doc s. 38 - dokument opracowany na podstawie materiału przygotowanego przez Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012.

[164] Ibidem s. 26

[165] *Zasady i warunki postępowania medycznego w opiece długoterminowej* – projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, Załącznik nr 9, [w:] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, dokument roboczy, Warszawa 2012. Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki długoterminowej (sierpień 2011 r.– grudzień 2012 r.)

w trakcie specjalizacji – wizyty 1 x w tygodniu i według potrzeb na wezwanie pielęgniarki;

PIELĘGNIARKA: z kwalifikacjami, w szczególności do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia i posiadająca aktualne prawo wykonywania zawodu:

a) w zakładach typu ogólnego – kompetencje zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej odpowiednio do rodzaju świadczeń. Jeśli przy realizacji niektórych świadczeń, wymagane są dodatkowe kwalifikacje możliwe do uzyskania w toku kształcenia podyplomowego – istnieje potrzeba określenia tych kwalifikacji. Pielęgniarki pełniące funkcję kierowników i koordynatorów świadczeń zdrowotnych – kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub w dziedzinie opieki długoterminowej. Normy zatrudnienia pielęgniarek z ww. dodatkowymi kwalifikacjami – co najmniej jedna pielęgniarka na każdym dyżurze. Docelowo pielęgniarki zatrudnione w zakładach opieki długoterminowej powinny posiadać specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Dostosowanie do norm zatrudnienia pielęgniarek z kwalifikacjami powinno nastąpić w okresie do 2020 roku.
b) w zakładach dla wentylowanych mechanicznie - kompetencje i kwalifikacje jak w pkt a oraz dodatkowo kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii - co najmniej jedna pielęgniarka na każdym dyżurze.
c) w zakładach dla dzieci – kompetencje i kwalifikacje jak w pkt a oraz dodatkowo kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego - co najmniej jedna pielęgniarka na każdym dyżurze.
d) w zakładach o profilu psychiatrycznym – kompetencje i kwalifikacje jak w pkt a oraz dodatkowo kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - co najmniej jedna pielęgniarka na każdym dyżurze i na każdym odcinku (oddziale) pielęgnacyjnym.

Przy ustalaniu norm zatrudnienia pielęgniarek uwzględnia się zatrudnienie opiekunów medycznych, z tym, że poziom zatrudnienia pielęgniarek nie może być niższy niż 40% łącznego poziomu zatrudnienia.

OPIEKUN MEDYCZNY – z kwalifikacjami do świadczenia podstawowej pielęgnacji i opieki, a w szczególności do udzielania pomocy pacjentom niesamodzielnym w zaspokajaniu ich potrzeb związanych z odżywianiem, wydalaniem, higieną ciała i poruszaniem się oraz wykonywania innych zadań na zlecenie pielęgniarki, związanych z procesem pielęgnowania. Normy zatrudnienia opiekunów medycznych ustala się z uwzględnieniem dobowego wymiaru czasu przeznaczanego na indywidualną podstawową pielęgnację, odpowiednio do

poziomu samodzielności pacjenta, ujmowane są łącznie z normami zatrudnienia pielęgniarek i wynoszą od 0,6 etatu na pacjenta z ilością 0 pkt według skali Barthel do 0,5 etatu na pacjenta sklasyfikowanego na poziomie 5-40 pkt według skali Barthel. W zakładach o profilu psychiatrycznym – u opiekunów medycznych wymaga się dodatkowych kwalifikacji w formie specjalistycznych kursów zawodowych w zakresie pomocy pielęgniarkom w procesie pielęgnowania osób psychicznie chorych.

FIZJOTERAPEUTA – z kwalifikacjami, do wykonywania zabiegów i czynności mających na celu podtrzymywanie sprawności i wydolności osób w różnym wieku.

W zakładach typu ogólnego, dla wentylowanych mechanicznie i w zakładach dla dzieci

- dla pacjentów na poziomie 0 pkt według skali Barthel – 1,5 etatu na 10 pacjentów,
- dla pacjentów sklasyfikowanych na poziomie 5-40 pkt – 1,5 etatu na 35 pacjentów,

W zakładach o profilu psychiatrycznym - 0,5 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów.

PSYCHOLOG – z kwalifikacjami, odpowiednimi do świadczenia usług psychologicznych, a w szczególności do formułowania diagnozy psychologicznej, psychoterapii i udzielania pomocy psychologicznej. Norma zatrudnienia 0,5 etatu na 35 pacjentów.

LOGOPEDA - z kwalifikacjami, do świadczenia usług w zakresie korygowania wad wymowy i usprawniania motoryki aparatu mowy, profilaktyki, likwidowania objawów zaburzonej komunikacji językowej, stymulacji mowy opóźnionej i innych. Dla pacjentów sklasyfikowanych na poziomie 5–40 pkt według skali Barthel oraz dla dzieci 0,5 etatu na 35 pacjentów a dla pacjentów na poziomie 0 pkt według skali Barthel - 0,75 etatu neurologopedy na 35 pacjentów.

TERAPEUTA ZAJĘCIOWY – z kwalifikacjami, do prowadzenia różnych form i technik terapii zajęciowej w procesie leczenia oraz rehabilitacji chorych, w celu ograniczania skutków niepełnosprawności w ilości - 1 etat przeliczeniowy na 35 chorych. W zakładach o profilu psychiatrycznym - w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 chorych uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia.

Świadczenia w zakresie opieki długoterminowej, zarówno stacjonarnej, jak i domowej, są realizowane głównie przez pielęgniarki, wynika to chociażby z analizy zapisów obowiązującego „rozporządzenia koszykowego” – w każdej omawianej formie realizacji świadczeń wymagana jest osoba posiadająca kwalifikacje pielęgniarki. Jest to słuszne, zważywszy na ich wykształcenie

i szerokie kompetencje w zakresie planowania i nadzoru nad realizacją procesów pielęgnacyjnych. Należy także pamiętać, że ok 70% czasu pracy w opiece długoterminowej[166] pielęgniarka przeznacza na pielęgnację, będącą także w kompetencji opiekuna medycznego. W codziennej organizacji pracy opieki stacjonarnej, przekłada się to na obejmowanie opieką przez jedną pielęgniarkę średnio 6-8 pacjentów.[167] Mając na względzie to, że obecnie na rynku pracy odnotowywany jest znaczny niedobór kadry pielęgniarskiej w całym systemie ochrony zdrowia, zatrudnianie w opiece długoterminowej opiekunów, którzy będą wykonywać określone czynności na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarek, może być jedynym wyjściem dla zapewnienia na właściwym poziomie świadczeń z zakresu podstawowej pielęgnacji.

Wśród innych zawodów medycznych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w opiece długoterminowej obserwuje się podobnie jak wśród pielęgniarek zjawisko niedoboru kadr, szczególnie w zakresie pożądanych kwalifikacji. Dlatego przedstawiciele tych zawodów, posiadający określone kompetencje, powinni udzielać świadczeń w opiece długoterminowej opcjonalnie, w zależności od potrzeb świadczeniobiorcy. Dotyczy to zarówno lekarzy, jak i fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych czy psychologów. Zakres tych świadczeń w placówkach opieki długoterminowej powinien być zgodny z profilem zakładu oraz powinien odpowiadać potrzebom pacjentów danego zakładu tak, aby można było przeprowadzić badanie, opisać stan pacjenta i modyfikować postępowanie w stosunku do każdego chorego.

Rekomendowane jest także wdrożenie certyfikowanej umiejętności w dziedzinie medycyny opieki długoterminowej w ramach kształcenia podyplomowego lekarzy, kwalifikujące do pracy w zakładzie opiekuńczym. Efektem takiego szkolenia powinno być między innymi poznanie przez lekarza narzędzi oceny geriatrycznej oraz umiejętność ich zastosowania w celu ustalenia planu opieki długoterminowej, przewidywanych zagrożeń, identyfikacji i działań naprawczych w zakresie potencjalnie odwracalnych przyczyn niepełnosprawność, np. aparat słuchowy przy niedosłuchu[168].

Podobnie dla fizjoterapeutów w ramach kształcenia podyplomowego rekomendowane jest wdrożenie certyfikowanej umiejętności w dziedzinie fizjoterapeutycznej opieki długoterminowej, kwalifikujące do pracy w opiece długoterminowej, czego efektem ma być:

[166] Jest to zależne od stanu pacjenta, więcej czasu w zakresie pielęgnacji wymagają pacjenci sklasyfikowania według skali Barthel na poziomie 0-5 pkt a nieco mniej pacjenci sklasyfikowania na poziomie 10-40 pkt według skali Barthel.

[167] Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych Elżbieta Szwałkiewicz Olsztyn, 3 grudnia 2009 r., *Opinia w sprawie norm zatrudnienia w opiece długoterminowej* http://www.ptp.na1.pl

[168] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012, s. 58; 81–83.

- uzyskanie przez fizjoterapeutę wiedzy w zakresie: podstawowych pojęć i zasad opieki długoterminowej, całościowej oceny geriatrycznej (COG), zasad leczenia i usprawniania w opiece długoterminowej,
- nabycie praktycznych umiejętności w zakresie prowadzenia procesu diagnostyki funkcjonalnej i programowania procesu postępowania fizjoterapeutycznego u osób objętych opieką długoterminową,
- nabycie umiejętności pracy w zespole wielodyscyplinarnym pracującym z pacjentami w opiece długoterminowej.[169]

Kwalifikacje pielęgniarek dyplomowanych/ z licencjatem powinny być uznawane za wystarczające do realizacji świadczeń w opiece długoterminowej, ale jeśli określone świadczenie wymaga szerszych kompetencji - reguluje to ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz rozporządzenie kompetencyjne. We wszystkich formach udzielania świadczeń opieki długoterminowej pielęgniarka powinna mieć możliwość zlecania czynności z zakresu podstawowej pielęgnacji opiekunom medycznym oraz nadzorować ich pracę. Zgodnie z podstawową programową opiekun medyczny przygotowany jest do wykonywania zabiegów higienicznych i utrzymania prostej aktywność ruchowej pacjenta, co mieści się w zakresie podstawowej pielęgnacji. W związku z tym opiekun medyczny, jako jeden z nowszych zawodów w ochronie zdrowia, także może realizować świadczenia w każdej formie opieki długoterminowej. Proporcje w zatrudnieniu pielęgniarek i opiekunów powinny być elastyczne, uzależnione od specyfiki placówki i stanu zdrowia pacjentów.[170]

Omawiając wymagania kompetencyjne stawiane pracownikom medycznym, realizującym świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, należy wspomnieć o pozainstytucjonalnej formie zabezpieczenia świadczeń opiekuńczych osobom niesamodzielnym. Taka forma opieki jest realizowana w warunkach domowych przez opiekunów nieformalnych: żonę/męża, siostrę/brata, sąsiadów. Jest to ogromna rzesza osób, o które też należy zadbać poprzez różne formy kształcenia i doskonalenia umiejętności przydatnych w opiece nad osobą przewlekle chorą i niesamodzielną. O wzmacnianiu roli rodziny jako pozainstytucjonalnej formy opieki dyskutowano między innymi podczas warsztatów *Modele opieki długoterminowej w Polsce*, które odbyły się w Warszawie 12 stycznia 2006 roku. W wyniku dyskusji przedstawiono kilka sugestii mających na celu zwiększenie kompetencji opiekunów nieformalnych poprzez, np.:

- stworzenie systemu wsparcia dla rodzin opiekujących się w domu osobami obłożnie chorymi,
- stworzenie zintegrowanego systemu informacyjnego dla pacjentów i ich rodzin,
- zapewnienie pacjentom i ich rodzinom szkoleń promujących wzorce i formy zachowań prozdrowotnych.[171]

[169] *Ibidem*, s. 83-84.

[170] *Ibidem*, s. 70-81.

[171] Koziarkiewicz A., Szczerbińska K., *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Kraków 2007, Termedia Wydawnictwa Medyczne. s. 63.

Szeroka oferta świadczeń i różne formy ich realizacji powinny umożliwiać efektywne wykorzystanie posiadanych zasobów, zapewniając tym samym ciągłość opieki dla osób tego wymagających. Natomiast dobrze koordynowana opieka, zapewniająca odpowiedni do stanu i potrzeb pacjenta pakiet świadczeń realizowany przez wykwalifikowany personel, jest kluczowa dla jakości życia osób przewlekle chorych i niesamodzielnych.

ROZDZIAŁ 4.
ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

4.1. Kompetencje administracji publicznej w zakresie opieki długoterminowej

4.1.1. Kompetencje administracji rządowej

Odpowiedź na pytanie, jakie organy administracji publicznej odpowiadają za opiekę długoterminową w Polsce nie jest niestety prosta. Wbrew pozorom w zakresie kompetencji dotyczących systemu ochrony zdrowia mamy lukę prawną, która od kilkunastu lat z powodzeniem zastępuje właściwe unormowania. W dużej mierze znaczący zakres kompetencji został powierzony Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który zamiast wypełniania funkcji płatniczej w istocie jest głównym kreatorem systemu ochrony zdrowia w wyniku kształtowania zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń opieki długoterminowej.

Przede wszystkim wymaga ustalenia, jakie rodzaje kompetencji występują w systemie opieki długoterminowej. Podobnie jak w systemie ochrony zdrowia można wyróżnić trzy rodzaje kompetencji władz publicznych dotyczących opieki długoterminowej. Mowa tu o kompetencjach organizacyjnych, finansowych i legislacyjnych.

Kompetencje organizacyjne w systemie opieki długoterminowej związane są głównie z odpowiedzialnością za kompleksową organizację systemu. Oznacza to przede wszystkim definiowanie potrzeb społeczeństwa w zakresie opieki zdrowotnej i organizację dostarczania świadczeń poprzez wybór optymalnych narzędzi finansowych i wykonawczych. Ten zakres zadań powierzony został głównie samorządowi terytorialnemu, co szczegółowo zostało poniżej scharakteryzowane.

Najważniejszy w praktyce pozostaje obszar finansowania świadczeń opieki długoterminowej, który, jak wcześniej wspomniano, został przypisany NFZ. Funkcja płatnika w istocie bezpośrednio wpływa nie tylko na zakres świadczeń i ich dostępność, ale także na ich jakość. Finansowanie świadczeń wpływa również na całokształt systemu opieki długoterminowej, ma bowiem wpływ na tworzenie i działanie podmiotów udzielających takich świadczeń.

Zobowiązanie do ochrony zdrowia obywateli wypływa bezpośrednio z konstytucji, w której w powoływanym art. 68 przyznano każdemu prawo do ochrony zdrowia. Odpowiedzialna za realizację tego prawa jest władza publiczna, czyli administracja publiczna, która zobowiązana jest zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Działania normotwórcze należą w obecnym systemie ustrojowym do różnych podmiotów wymienionych w artykułach ustawy zasadniczej. W praktyce największą rolę odgrywa Rada Ministrów, a w szczególności Prezes Rady Ministrów, który kieruje jej pracami. Odpowiedzialność za politykę rządu, w tym za politykę ochrony zdrowia, wymaga podejmowania wielu inicjatyw ustawowych, które w ochronie zdrowia nabierają szczególnego znaczenia politycznego. Rada Ministrów jest naczelnym organem administracji publicznej, który na podstawie art. 146 prowadzi politykę wewnętrzną i zagraniczną Rzeczypospolitej Polskiej, a także między innymi kieruje administracją rządową, zapewnia wykonanie ustaw, uchwala projekt budżetu państwa. Organ ten zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 2008 r. o Radzie Ministrów, wykonuje ustanowione dla niej w Konstytucji i ustawach kompetencje i zadania. Ogół spraw państwa, za które odpowiada Rada Ministrów (czy też potocznie Rząd), to również ochrona zdrowia, do której należy opieka długoterminowa. Naczelnym organem konstytucyjnym, tym razem monokratycznym, jest minister, którego szczegółowy zakres działania ustala w drodze rozporządzenia Prezes Rady Ministrów.

Aktualnie naczelnym organem państwowym, w którego kompetencji pozostaje ochrona zdrowia i opieka długoterminowa, jest Minister Zdrowia, który zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 listopada 2011 r.[172] kieruje działem administracji rządowej, jakim jest zdrowie. Obsługę Ministra Zdrowia zapewnia zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwo Zdrowia. Ministerstwo to zostało utworzone na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia. Ważnym aktem prawnym określającym kompetencje ministra właściwego dla spraw zdrowia jest ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej[173]. Zgodnie z tą ustawa działy administracji publicznej to dziedziny, w zakresie których poszczególni ministrowie sprawują funkcje kierownicze w ogóle zadań państwa. Minister kierujący danym działem na podstawie art. 34 ustawy zobowiązany jest do inicjowania i opracowywania polityki Rady Ministrów w powierzonym zakresie, a także przedkładania inicjatyw projektów, założeń projektów ustaw i innych aktów normatywnych. Ponadto minister w zakresie działu, którym kieruje, wykonuje politykę Rady Ministrów i koordynuje jej wykonywanie przez organy, urzędy i jednostki organizacyjne, które jemu podlegają lub są przez niego nadzorowane. Ustawa w art.5 wyznacza 32 działy, w tym w punkcie 28 dział zdrowie, który zgodnie z art. 33 obejmuje w szczególności sprawy:

1) ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej,
2) nadzoru nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
3) organizacji i nadzoru nad Państwowym Ratownictwem Medycznym,
4) zawodów medycznych,
5) warunków sanitarnych i nadzoru sanitarnego,
6) lecznictwa uzdrowiskowego,

[172] Dz. U. nr 248, poz. 1495
[173] Dz. U. Nr 141, poz. 943

7) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.

Sprawy dotyczące opieki długoterminowej nie zostały wyszczególnione w powyższym zestawieniu. Niewątpliwie należą one do spraw z zakresu ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej.

Kolejne zadania Ministra Zdrowia dotyczące opieki długoterminowej wyznacza ustawa o d.l. w dziale VI *Kontrola i nadzór*. Zgodnie z art. 118 Minister Zdrowia ma prawo przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych, w tym podmiotów udzielających świadczeń opieki długoterminowej, pod względem legalności oraz medycznym. W ramach sprawowanej kontroli ministrowi przysługują szerokie uprawnienia, w tym:

1) wizytacja pomieszczeń,
2) dokonywanie czynności obserwacyjnych w ramach udzielania świadczeń,
3) ocena dokumentacji medycznej,
4) ocena dostępności i jakości udzielanych świadczeń,
5) żądanie wyjaśnień od pracowników i kierownika kontrolowanego podmiotu.

Kontrolę będącą w kompetencjach ministra może przeprowadzić na jego zlecenie wojewoda, konsultant krajowy. Kontrola może być również zlecana jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra, organom samorządów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, uczelniom medycznym, instytutom badawczym, specjalistom. Efektem przeprowadzonej kontroli jest sporządzone przez kontrolującego wystąpienie pokontrolne, na podstawie którego Minister Zdrowia może przedstawić kierownikowi zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Zgodnie z § 26 rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych[174], kierownik jednostki kontrolowanej, w wyznaczonym terminie, informuje podmiot kontrolujący o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

Nadzór merytoryczny nad wykonywaniem działalności leczniczej w zakresie świadczeń opieki długoterminowej sprawują również konsultanci krajowi i wojewódzcy, których kompetencje zostały unormowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r o konsultantach w ochronie zdrowia.

4.1.2. Kompetencje samorządu terytorialnego

Zadania samorządu terytorialnego w zakresie opieki długoterminowej nie są unormowane w sposób wystarczający. Co więcej, ponad wszelką wątpliwość należy stwierdzić, iż w tym zakresie istnieje poważna luka prawna. Dotyczy ona nie tylko opieki długoterminowej, ale ochrony zdrowia w ogóle. Katalogi zadań własnych

[174] Dz. U. Nr, poz. 1509.

ustaw samorządowych przewidują co prawda zadanie ochrony zdrowia, na próżno jednak szukać w ustawach szczególnych zakresu kompetencji danych samorządowi terytorialnemu w aspekcie ochrony zdrowia. Główny zakres zadań w zakresie ochrony zdrowia, a w tym opieki długoterminowej, dla jednostek samorządu terytorialnego wyznaczony jest stanem faktycznym dotyczącym prowadzonych podmiotów leczniczych, w tym wciąż kluczowych SPZOZ, wśród których jest sporo jednostek opieki długoterminowej funkcjonujących samodzielnie bądź w oparciu o większą strukturę. Przejęcie samodzielnych zakładów nastąpiło w ramach reformy administracji publicznej i reformy ochrony zdrowia, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r. Wtedy nastąpiło przejęcie oddłużonych usamodzielnionych ZOZ-ów przez poszczególne jednostki samorządu terytorialnego, głównie nowo powstałe powiaty i województwa.

Kolejnym aktem prawnym normującym zakres zadań własnych samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia jest ustawa z dnia 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną[175] (zwana dalej: ustawą wprowadzającą). W przepisie art. 47 ust.1 ustawy wprowadzającej określono, że uprawnienia organów administracji rządowej, które utworzyły SPZOZ, przejmują jednostki samorządu terytorialnego z dniem 1 stycznia 1999 r. Do wejścia w życie powołanej zasady niezbędne było do 30 listopada 1998 r. wypełnienie delegacji ustawowej zapisanej w art. 47 ust. 2 dla prezesa rady ministrów do utworzenia w formie rozporządzenia wykazu zakładów i jednostek przejmujących. Ustawowy termin do wydania rozporządzenia został prolongowany do 30 czerwca 2000 r., a samo rozporządzenie dwukrotnie nowelizowano.[176] Ostatecznie akt ten wszedł w życie w 2001 r. jako Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 czerwca 2001 r. w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej[177], które zostały przejęte przez gminy, powiaty i samorządy województw (zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie wykazu SPZOZ-ów). Rozporządzenie to ma charakter konstytutywny co oznacza, że tylko na jego podstawie możliwe było przejęcie zakładów opieki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego co stanowiło tak naprawdę jeden z fundamentów reformy systemu. Jest to sytuacja paradoksalna, że rozporządzenie faktycznie stało się aktem ważniejszym niż ustawy. Ponadto w rozporządzeniu pojawiły się błędy, polegające na tym, iż pominięto niektóre zakłady, część zakładów była traktowana jako podmiot samodzielny, a także niezgodnie ze stanem faktycznym określono organ założycielski zakładu.[178]

Z dniem 1 stycznia 1999 r. na podstawie art. 47 ust. 3 ustawy wprowadzającej nastąpiło uwłaszczenie na majątku ruchomym Skarbu Państwa przekazanym w nieodpłatne użytkowanie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej. Z przepisu tego i art. 60 ustawy wprowadzającej wynika, że do skutecznego przejęcia niezbędna jest deklaratoryjna decyzja wojewody. Postęp

[175] Dz. U. z 1998 r., nr 133, poz. 872.

[176] M. Dercz, H. Izdebki, *Organizacja ochrony zdrowia*..., s. 122.

[177] Dz. U. z 2001 r., nr 65, poz. 659.

[178] C. Włodarczyk, *Reformy…*, s. 196.

wprowadzenia reformy zależał zatem od decyzji wojewody, z której wydaniem bywały opóźnienia. Warto w tym miejscu odnieść się do zadań samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej, które w przeciwieństwie do ochrony zdrowia zostały precyzyjnie unormowane w ustawa o pomocy społecznej.

W przypadku gminy istotnym zadaniem w zakresie opieki społecznej korespondującej z opieką długoterminową jest zadanie polegające na skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzji ustalającej opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej. Decyzję taką wydaje na podstawie art. 59 ustawy o p.s. organ gminy właściwy ze względu na osobę, która ma być objęta pomocą. Z kolei na podstawie ust. 2 powołanego artykułu decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ wykonawczy gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej, a także marszałek województwa w przypadku domu o charakterze regionalnym.

Prowadzenie domów pomocy społecznej jest zadaniem fakultatywnym, co oznacza, że do ich zakładania lub likwidacji jednostki samorządu terytorialnego nie są zobowiązane. Zobowiązane są jednakże do zapewnienia opieki nad osobami, które spełniają kryteria z art. 54. ust.1, czyli wymagającymi całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącymi samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, w formie usług opiekuńczych lub pobytu w domu pomocy społecznej. Jednostki samorządu terytorialnego mogą na podstawie art. 57 prowadzić domy pomocy społecznej po uzyskaniu zezwolenia wojewody. Prowadzenie domu pomocy społecznej może być korzystne dla jednostki samorządu terytorialnego. Przede wszystkim zobowiązana do zapewnienia opieki, może wykorzystać w tym zakresie własną jednostkę, która także może przyjmować podopiecznych z innych gmin. Zapotrzebowanie na miejsce w domu pomocy społecznej jest stosunkowo duże i należy spodziewać się wzrostu zainteresowania tą formą opieki. Gminy, w których istnieje duże bezrobocie, mogą w ten sposób poprawić lokalny rynek pracy.

Prowadzenie podmiotów leczniczych, jak wcześniej była o tym mowa, jest dla jednostek samorządu terytorialnego zadaniem fakultatywnym. Dotyczy to również podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki długoterminowej. Taki stan prawny oznacza możliwość likwidacji lub przekształcenia podmiotu leczniczego. Oczywiście SPZOZ-y dotyka odpowiednie ograniczenie ustawowe dotyczące procesu likwidacji. W związku z obowiązkiem gminy dotyczącym zapewnienia opieki osobom niesamodzielnym prowadzenie przez nią podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń opieki długoterminowej przede wszystkim o charakterze stacjonarnym, jest rozwiązaniem finansowo korzystniejszym niż prowadzenie domu pomocy społecznej lub kierowanie osób wymagających stacjonarnej opieki do domu pomocy społecznej publicznego lub niepublicznego. Gmina może również rozważyć stworzenie odpowiednich warunków dla rozwoju podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki długoterminowej. Jedynym poważnym problemem dla takiego rozwiązania są ograniczone możliwości kontraktowania z NFZ, który podpisuje umowy ze świadczeniodawcami nie w oparciu o faktyczne zapotrzebowanie na świadczenia a w oparciu o swój budżet. Powszechnie wiadomo,

że najważniejsze miejsce na liście priorytetów finansowych w polskim systemie publicznej ochrony zdrowia zajmują świadczenia szpitalne. Przyczyn tego zjawiska jest kilka. Po pierwsze, większość szpitali to podmioty, których funkcjonowanie w systemie ma kilkudziesięcioletnią historię. Trwale zrośnięte są nie tylko z lokalnym i regionalnym systemem ochrony zdrowia, ale również z przestrzenią miejską. Szpitale funkcjonują również jako podmioty polityczne oraz najwięksi pracodawcy. Dlatego wolą organów administracji publicznej, które odpowiadają za organizację i finansowanie ochrony zdrowia, jest za wszelką cenę utrzymanie szpitali często wbrew racjonalnej polityce zdrowotnej. Organy władzy samorządowej, pochodzący z demokratycznych wyborów lokalnych i regionalnych, bardzo obawiają się gwałtownych zmian w lokalnym lub regionalnym systemie ochrony zdrowia. Takie zmiany są po prostu bardzo źle odbierane wśród wyborców, z których duża ilość to osoby korzystające ze świadczeń szpitalnych. Powołana analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2009 r. wskazuje, że wydatki te stanowią bardzo istotną wartość we wszystkich wydatkach ponoszonych na świadczenia opieki zdrowotnej. Z pewnością rozwój opieki długoterminowej poprzez zwiększenia nakładów na finansowanie świadczeń opieki długoterminowej pozwoli na pewne ograniczenia tej tendencji. Bardzo często długotrwała hospitalizacja osób starszych jest wymuszana brakiem miejsca w odpowiednim zakładzie opiekuńczym.

Problem ilości podmiotów opiekuńczych i ograniczonej liczby oferowanej przez nie świadczeń w stosunku do nadmiernej liczby szpitali został przez władze publiczne dostrzeżony stosunkowo wcześnie, bo przy okazji reformy ochrony zdrowia na przełomie wieku. Minister Zdrowia w latach 1999-2001 prowadził programy restrukturyzacji ochrony zdrowia. Pierwszy realizowany program miał nazwę: „program działań wspierających dla pracowników zakładów opieki zdrowotnej jako element restrukturyzacji zatrudnienia związany z reformą ochrony zdrowia". Jego cele szczegółowe obejmowały między innymi tworzenie zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej. Program ten był przejawem racjonalnej polityki zdrowotnej nastawionej z jednej strony na zwiększenie ilości i dostępności świadczeń opiekuńczych, z drugiej strony był alternatywą dla małych rejonowych szpitali a także władz lokalnych na likwidację szpitala.[179] Niestety programy w dalszych latach nie były prowadzone.

Ostatnie zmiany legislacyjne w połączeniu z polityką zachęt finansowych wskazują raczej na tendencję zmian formy funkcjonowania szpitali z SPZOZ na spółki kapitałowe. Niestety brak jest wyraźnego wsparcia dla przekształceń jakościowych prowadzących do zwiększenia dostępności dla opieki długoterminowej. Niemniej jednak pomimo braku odpowiedniej polityki państwowej związanej ze zmianami demograficznymi i przewidywanym znaczącym wzrostem zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej,

[179] J. Berezowski, *Samorząd terytorialny a regionalna i lokalna polityka ochrony zdrowia,* Opole 2009 s. 98.

samorządy terytorialne powinny wykazać w tym zakresie daleko idąca dalekowzroczność. Tym bardziej, że problemy społeczne i związane z tym problemy ochrony zdrowia będą musiały być rozwiązywane na poziomie lokalnym i regionalnym. Odpowiedzialność za system ochrony zdrowia spoczywa obecnie przede wszystkim na samorządzie terytorialnym, który jest głównym organizatorem systemu poprzez bycie organem tworzącym dla SPZOZ- ów lub właścicielem podmiotów leczniczych. Pomimo braku zobowiązania ustawowego samorządy terytorialne odpowiadają za lokalny i regionalny wymiar ochrony zdrowia, wykazując odpowiedzialność za wspólnotę samorządową. Polityka władz państwowych wyraźnie zmierza do oddalenia problemu. Wyrazem tego jest ustawa o d.l., która zmierza do zmiany formy działania większości szpitali z zakładów na komunalne spółki. Taka zmiana pozwoli na oddalenie problemu zadłużonych SPZOZ od państwa. Jednakże trzeba zwrócić uwagę, że nowe podmioty lecznicze działające w formie przedsiębiorców będą przede wszystkim kierować się rachunkiem ekonomicznym, co wpłynie na zmiany w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jeżeli świadczenia opieki długoterminowej będą wyceniane przez NFZ w sposób gwarantujący zyskowną działalność, to należy się spodziewać się, że zmiany formy działalności mogą wiązać się z poszerzaniem oferty podmiotów leczniczych o świadczenia opieki długoterminowej, bądź zwiększania ich ilości czy też miejsc w zakładach opiekuńczych.

Warto w tym miejscu powołać dane statystyczne za rok 2013 dostępne na stronach Ministerstwa Zdrowia, według których liczba działających w Polsce samorządowych SPZOZ wynosi 1512 z czego 528 to szpitale, wśród których zyskowność jest ujemna aż w 307. Z kolei samodzielnych samorządowych zakładów opieki długoterminowej działa jedynie 44, z czego 25 jest zyskownych. Zaskakuje bardzo niska liczba samodzielnych zakładów opieki długoterminowej. Jednak należy pamiętać, że duża część zakładów opiekuńczych jest wewnętrzną jednostką organizacyjną większych SPZOZ-ów, których główną działalnością jest prowadzenie szpitala. Ogółem zakładów opieki długoterminowej w Polsce w 2008 r. było 389. Liczba zakładów opiekuńczych kontrastuje z samorządowymi domami opieki społecznej, których jest prawie 800[180]. Dane te wskazują na to, iż jednostki samorządu terytorialnego skłaniają się ku prowadzeniu domów pomocy społecznej, chociaż obecne są również przypadki przekształceń tychże w podmioty lecznicze.

4.2. Podnoszenie jakości świadczeń w opiece długoterminowej

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń jest jednym z najważniejszych problemów każdego podmiotu realizującego zadania z zakresu ochrony zdrowia. Jednak ocena jakości udzielanych świadczeń jest zagadnieniem bardzo złożonym, gdyż w jej zakres wpisana jest zarówno poprawność realizacji usługi medycznej w świetle

[180] Dane na 2008 r. pochodzą z powołanego dokumentu *Opieka długoterminowa w Polsce.*

aktualnej wiedzy i istniejących standardów, jak i wartości istotnych dla pacjenta.[181] Świadczenia w długoterminowej opiece zdrowotnej powinny być zatem realizowane poprzez wzajemnie uzupełniające się cele dotyczące powszechnej dostępności, wysokiej jakość oraz długofalowości. Obecnie dostępne raporty i badania wskazują na różne poziomy niezadowolenia świadczeniobiorców w powyższym zakresie. Opisywany jest cały szereg zagadnień, poczynając od trudności w uzyskaniu świadczeń, poprzez nieodpowiednie warunki bytowe i brak prywatności pacjentów w placówkach opiekuńczych, a kończąc na stosowaniu wobec nich przemocy.[182]

Szerzej o nieprawidłowościach w placówkach opieki długoterminowej można przeczytać także w opublikowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK) raportach z kontroli w domach pomocy społecznej i zakładach opiekuńczo leczniczych. Wynika z nich, że placówki te mają ogromne problemy z właściwym poziomem finansowania udzielanych świadczeń, brakami kadrowymi oraz właściwym zarządzaniem.[183] Nie można oczywiście uogólniać i mówić, że w każdej placówce udzielającej świadczeń z zakresu opieki długoterminowej są nieprawidłowości, ale z pewnością jakość usług jest bardzo zróżnicowana i trudna do oceny. Jednak między innymi z uwagi na takie raporty opracowuje się lub zmienia przepisy branżowe i prawo, aby zapewnić wdrożenie i przestrzeganie standardów oraz kryteriów ich oceny, które pomogą uzyskać I utrzymać odpowiednio wysoką jakość usług.

Podczas różnych kontroli przeprowadzanych przez takie instytucje, jak:

- Narodowy Fundusz Zdrowia
- Państwową Inspekcję Sanitarną, czy
- Najwyższą Izbę Kontroli

można zastosować wskaźniki, zależne od struktury, procesu oraz wyniku i na tej podstawie dokonać oceny. Jestto jednak dość skomplikowane już przy rozwiązaniach instytucjonalnych, a jeszcze bardziej komplikuje się w przypadku opieki świadczonej w domu. „Wskaźniki te pozwalają jednak dostrzec ogólną tendencję w kierunku poprawy jakości usług”[184]. W Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jest zapis pozwalający płatnikowi przeprowadzać kontrolę udzielanych świadczeń w trzech zasadniczych zakresach:

- jakości,
- zasadności ich udzielania oraz

[181] A. Czerw, U. Religioni, D. Olejniczak, *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, [w:] „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, 93(2): s.269-273 www.phie.pl

[182] Komisja Europejska *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich Luksemburg 2008 s.1–16 http://europa.eu

[183] Negatywny raport NIK o DPS-ach i ZOL-ach http://www.ntm.pl

[184] Komisja Europejska *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich Luksemburg 2008 s. 1 – 16 http://europa.eu

- prawidłowości prowadzonej dokumentacji[185], a dodatkowo w zakres działania płatnika (NFZ) ustawodawca wpisuje obowiązek określania jakości i dostępności oraz analizę kosztów świadczeń w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów.[186] Natomiast Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w swoich zarządzeniach dotyczących warunków zawierania i realizacji umów, odpowiedzialnością za jakość udzielanych świadczeń obarcza świadczeniodawców i zobowiązuje ich do spełnienia warunków będących podstawą do zawarcia umowy i realizacji świadczeń[187], które zawarte są w tak zwanym „rozporządzeniu koszykowym".[188] W § 3 ust. 2 wspomnianego rozporządzenia pojawia się zapis pośrednio warunkujący jakość udzielanych świadczeń w brzmieniu: „Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej."

Pozostałe warunki mające bezpośredni wpływ na jakość udzielanych świadczeń z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej opisane są w załączniku nr 4 i dotyczą:

- wymagań odnoszących się do kompetencji i ilości personelu,
- rodzaju i ilości sprzętu medycznego i pomocniczego dla określonego typu świadczeniobiorców,
- warunków lokalowych.

Wiele podmiotów leczniczych podjęło także wysiłek organizacyjny i finansowy w celu spełnienia wymogów ISO oraz akredytacyjnych. Zależało im bowiem na tym, aby ocena jakości była dokonana z zastosowaniem zewnętrznych i niezależnych parametrów.[189]

---

[185] Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135, Dział III Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej Art. 64. 1. 3 i 4

[186] ibidem Dział V, Rozdział 1, art. 97 ust 3 pkt 1

[187] Zarządzenie Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.
§ 5. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, obowiązany jest spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
§ 9. 2. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy, za jakość udzielonego świadczenia.

[188] Obecnie obowiązujące jest 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 2013r. poz. 1480z późn. zm.)

[189] A. Mądrala, *Czy Prezesowi NFZ zależy na jakości opieki zdrowotnej?* http://www.pracodawcyrp.pl

Na różne sposoby czynione są starania, aby sprostać działaniom zmierzającym do podniesienia jakości usług. Problem ten był także omawiany podczas konferencji na temat *Ochrona godności osób starszych i zapobieganie nadużyciom wobec osób w podeszłym wieku*, która odbyła się w Brukseli w marcu 2008 r. Wszyscy jej uczestnicy podkreślali, że poszanowanie godności i podstawowych praw osób chorych i starszych jest najważniejszym wyzwaniem, jakie stoi przed społeczeństwem europejskim. Ponadto zaproponowano:

- organizowanie kampanii mających na celu zwiększanie stopnia świadomości obywateli,
- tworzenie tzw.: „gorących linii" służących wspieraniu opiekunów nieformalnych,
- szkolenie profesjonalistów,
- opracowanie standardów jakości usług świadczonych w placówkach opieki długoterminowej.

Tym samym obserwujemy, że w coraz większym stopniu akcent w dziedzinie jakości opieki długoterminowej przesuwa się z zapewnienia podstawowych wymagań strukturalnych w kierunku podwyższania jakości usług z uwzględnieniem takich kwestii, jak prawa pacjenta i ustawiczne dokształcanie personelu.[190] Celem poprawy jakości świadczeń udzielanych w zakładach opieki długoterminowej „Ministerstwo Zdrowia podjęło działania związane w wypracowaniem standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej".[191] W tym celu powołano Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2011 r. Zespół do spraw Opieki Długoterminowej[192], który zgodnie z § 4 powyższego zarządzenia, miał za zadanie w szczególności:

---

[190] Komisja Europejska *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich Luksemburg 2008 s. 1 – 16 http://europa.eu

[191] Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 16301 w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w zakładach opiekuńczo-leczniczych Warszawa, dnia 23 lipca 2010 r. http://orka2.sejm.gov.pl/

[192] W skład Zespołu wchodzili:

1) Przew. Zespołu – Monika Przygucka-Gawlik – radca Ministra w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia;
2) Zastępca Przewodniczącego Zespołu – dr n. med. Elżbieta Szwałkiewicz – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych;
3) Sekretarz Zespołu – Marzena Drewniacka – Naczelnik w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia;
4) pozostali członkowie Zespołu:
   a) Grażyna Śmiarowska – Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych,
   b) prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie,
   c) prof. dr hab. Barbara Bień – Kierownik Kliniki Geriatrii Akademii Medycznej w Białymstoku,
   d) dr n. med. Marzena Dubiel – specjalista chorób wewnętrznych i geriatrii, Kraków,

1) opracowanie standardów opieki długoterminowej, w tym rehabilitacji, pielęgnowania i leczenia,
2) opracowywanie i przedkładanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia:
   a) rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej,
   b) rozwiązań odnośnie poprawy jakości opieki długoterminowej i stanu zasobów w opiece długoterminowej,
   c) propozycji rozwiązań problemów i zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób przewlekle chorych;
3) opiniowanie wdrażanych rozwiązań legislacyjnych i działań opartych o standardy europejskie osób przewlekle chorych.

Efektem prac tego Zespołu jest przygotowany projekt rozporządzenia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej[193]. Zawarte w projekcie standardy określają warunki determinujące jakość opieki długoterminowej, w tym warunki lokalowe, wyposażenie, procedury postępowania i normy zatrudnienia. Szerzej zostały one omówienie w rozdziale 2, pkt 3 oraz rozdziale 3, pkt 4 niniejszej publikacji.

Bezspornym więc pozostaje fakt, że wprowadzenie standaryzacji świadczeń w opiece długoterminowej jest niezbędne, a wówczas odpowiednio sformułowane kryteria oceny jakości opieki, w oparciu o opracowane standardy, pozwolą na wdrożenie właściwego systemu kontroli umożliwiającego doskonalenie jakości świadczonych usług w poszczególnych placówkach. Jednak do czasu powstania kryteriów, opartych na obowiązującej wszystkich świadczeniodawców, podstawie pojęciowej i ustalonych przez Ministra Zdrowia standardach opieki, nie będzie możliwa miarodajna i obiektywna ocena sytuacji w obszarze opieki długoterminowej. Analiza literatury wskazuje, że pomimo wdrożonych różnych systemów opieki na osobami niesamodzielnymi w poszczególnych krajach, zidentyfikowane problemy są co do istoty zbieżne. Podobny jest też kierunek podejmowanych zmian, a za priorytety należy uznać zmiany w zakresie

e) prof. nadzw. dr hab. Marek Żak – Katedra Rehabilitacji Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie,
f) dr Stanisław Hapyn – Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Toruniu,
g) dr n. med. Stanisław Kłęk – Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego,
h) dr Krzysztof Bońkowski – specjalista geriatrii, Kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego SPZOZ nr 1 w Rzeszowie,
i) Jolanta Skolimowska – Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

[193] *Zasady i warunki postępowania medycznego w opiece długoterminowej* – projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia, Załącznik nr 9, [w] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, dokument roboczy, Warszawa 2012.

dostępności, swobody wyboru i jakości świadczeń.[194] W informacji *„Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”*, przygotowanej na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, poprawę jakości świadczonych usług w opiece długoterminowej autorzy opracowania upatrują w następujących działaniach:

- Wprowadzenie standaryzacji postępowania medycznego w opiece długoterminowej w zakresie: leczenia, pielęgnacji podstawowej i specjalistycznej, opieki oraz specjalistycznego postępowania fizjoterapeutycznego,
- wyłonienie procedur postępowania w opiece długoterminowej odrębnie finansowanych,
- wdrożenie procedur dotyczących standaryzacji form opieki długoterminowej,
- opracowanie systemu oceny jakości udzielanych świadczeń w opiece długoterminowej w oparciu o standardy kontroli jakości uwzględniające także kontrolę zakażeń oraz stosowanie Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, realizację usług opiekuńczych i socjalnych.

Nie bez znaczenia dla jakości pozostaje też:

1) Rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu stopnia zabezpieczania potrzeb osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych; unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej i informacyjnych.
2) Zintegrowanie i uporządkowanie systemu prawnego, organizacyjnego i finansowego w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej.
3) Zapewnienie respektowania praw i bezpieczeństwa pacjenta przewlekle chorego i niesamodzielnego.
4) Opracowanie narzędzi kwalifikujących do opieki długoterminowej poprzez stworzenie kryteriów kwalifikujących pacjenta do tej opieki.[195]

Zatem celem odpowiedzialnej polityki dotyczącej świadczenia wysokiej jakości usług zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej, powinno być wspieranie takich działań, które zapewnią:

1) „równy dostęp do właściwej jakości opieki zdrowotnej długoterminowej uzależnionej od stopnia niesamodzielności,
2) dostosowanie opieki długoterminowej do zmieniających się potrzeb i preferencji społeczeństwa i jednostek,
3) racjonalne wykorzystanie zasobów, właściwe zarządzanie i monitorowanie efektywności działania opieki długoterminowej.”[196]

---

[194] Z. Czepulis-Rutkowska, Część V. *Opieka długoterminowa – doświadczenia innych krajów*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, s. 121–124.

[195] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP, Warszawa 2012, s. 32-39.

Należy przy tym pamiętać, że wszelkie rozważania związane z jakością świadczeń, których odbiorcą jest osoba korzystająca z opieki długoterminowej (najczęściej osoba starsza), wiążą się z subiektywnym odczuwaniem satysfakcji ze sposobu realizacji określonych świadczeń oraz ich dostępności.[197]

4.3. Funkcje planistyczne w opiece długoterminowej

Planowanie zakresu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej uzależnione jest od dokonania rzetelnych analiz stanu zdrowia populacji objętej opieką zdrowotną [198]. Takie rozwiązanie, które za podstawę finansowania i organizowania działań w zakresie publicznej ochrony zdrowia przyjmuje plan zabezpieczenia świadczeń, jest z pewnością równie efektywne jak i racjonalne[199]. Niestety, zakres udzielania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w tym świadczeń opieki długoterminowej, nie jest oparty na analizie zapotrzebowania i odpowiednim planie wykonania świadczeń. Taki stan rzeczy powoduje, że dostępność do opieki długoterminowej nie jest oparta na zdefiniowaniu potrzeb, wobec czego tym potrzebom nie odpowiada. Regulacja dostępności do świadczeń opieki długoterminowej odbywa się najczęściej poprzez kontraktowanie tego rodzaju świadczeń przez NFZ. Takie działania najczęściej sprzyjają jedynie odpowiedniemu podziałowi wolnych środków przeznaczonych na opiekę długoterminowa pomiędzy zgłaszające się do konkursu podmioty wykonujące działalność leczniczą. Problem dotyczy nie tylko świadczeń opieki długoterminowej, ale tak naprawdę całego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Należy wspomnieć, że działania planistyczne w ochronie zdrowia były przewidywane przez nieobowiązujące już ustawy normujące finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Mowa tu o ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym[200], która w swojej pierwotnej wersji

---

[196] Ministerstwo Zdrowia, *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Warszawa, grudzień 2012, s. 49 www.oipip-poznan.pl/strategia.doc - dokument opracowany na podstawie materiału przygotowanego przez Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, informacje na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu RP,

[197] B. Tobiasz-Adamczyk, A. Gałaś, P. Brzyski, P. Błędowski., T. Grodzicki *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012 Część III, rozdział 5, s. 467.

[198] A. Pająk, R. Topór-Mądry, *Ocena stanu zdrowia populacji*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie Publiczne. T1*, Kraków 2000, s. 39.

[199] Według M.Kautscha projektowanie strategiczne na poziomie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych powinno zawierać analizy dotyczące chociażby środowiska demograficznego, geograficznego czy warunków komunikacyjnych (M. Kautsch, *Formułowanie planów strategicznych jednostek służby zdrowia*, [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie Publiczne. T.2*, Kraków 2000, s. 276)

[200] Dz. U. Nr. 28, poz. 153

przewidywała tworzenie planów zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej[201]. Do opracowywania i aktualizacji takich planów zobowiązane były jednostki samorządu terytorialnego, które działały w porozumieniu z właściwą miejscowo kasą chorych. Brak przewidywanego w ustawie aktu wykonawczego i zmiany ustawy wpłynęły na to, że plany nie odniosły pożądanego skutku. Nowelizacja, o której mowa, dokonana została 20 lipca 2001 r. wprowadziła zmiany zasad, na których opierało się tworzenie planu, nakładając ten obowiązek na administrację rządową - wojewodę i określając plan jako *minimalny*. Znamienne dla podziału kompetencji w zakresie ochrony zdrowia było wydanie aktu wykonawczego - rozporządzenia z dnia 10 października 2001 r. Ministra Zdrowia w sprawie zasad i warunków jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia zdrowotnego. Był to dotychczas jedyny akt prawny, który wyznaczył dostępność z dziedziny medycyny za poziomie gminnym, powiatowym i wojewódzkim. Niestety, rozporządzenie to utraciło moc i podział kompetencji w zakresie obowiązków zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przez poziomy samorządu samorządy terytorialnego jest obecnie nieunormowany, co bardzo negatywnie wpływa na ogólny poziom bezpieczeństwa medycznego obywateli.

Podobnie rzecz się miała po rządami kolejnej ustawy, określającej zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli ustawy z dnia 17 grudnia 2002 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, której okres obowiązywania również był wyjątkowo krótki. Głównym celem wprowadzenia tej ustawy była centralizacja finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, wyrażona poprzez likwidację regionalnych płatników - kas chorych i zastąpienie ich centralnym Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) z oddziałami wojewódzkimi. Również planowanie zostało scentralizowane poprzez obowiązek tworzenia Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, który poza planem finansowym NFZ stał się podstawowym elementem działań funduszu. Mimo ostatecznej centralizacji planowania, zachowane zostały wojewódzkie plany zdrowotne, które określały najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz sposoby ich osiągania.

Obecnie problem planowania powraca, tym bardziej, że obecna ustawa określająca udzielanie świadczeń zdrowotnych początkowo w sposób zupełnie marginalny odnosi się do tych zagadnień. Unormowania dotyczące planowania udzielania świadczeń zdrowotnych określone zostały w art. 6 u.ś.o.z. jako zadanie władz publicznych polegające na analizie i ocenie potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących zmiany. Taki zakres unormowania jest z pewnością zbyt lakoniczny aby można było mówić o faktycznym zapewnieniu dostępności do świadczeń zdrowotnych dostosowanym do rozpoznanych potrzeb populacji. Ostatnie nowelizację ustawy wprowadziły obowiązek tworzenia „Map Regionalnych" i „Mapy Ogólnopolskiej", uwzględniających specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczeństw lokalnych. Pierwsze mapy powstały już 2015 r. ale

[201] J. Berezowski, *Plan zabezpieczenia opieki zdrowotnej*, [w:] *Opolskie studia administracyjno-prawne*, Opole 2003, s. 167.

dotyczą w pierwszej kolejności świadczeń szpitalnych[202]. Mapę regionalną sporządzać będą na podstawie art. 95 a. u.ś.o.z. wojewodowie a obowiązywać ona będzie 3 lata. Z kolei mapę ogólnopolską sporządzać ma Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. Główna funkcją map zdrowotnych będzie tworzenie podstaw dla planowania zakupu świadczeń zdrowotnych przez NFZ. Doprecyzowanie zakresu treści mapy dokonano w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych[203]. Wydaje się, że mapy będą miały znaczenie zarówno dla zakresu świadczeń opieki długoterminowej jak i świadczeń opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku w tym niesamodzielnych. Wskazuje na to §2 pkt. 7 rozporządzenia, zgodnie z którym mapy powinny zawierać wartości standaryzowanego wskaźnika umieralności - rozumianego jako współczynnik standaryzowany metodą bezpośrednią względem wieku, określający liczbę zgonów w danej populacji (na podstawie średniej trzyletniej), z wyodrębnieniem istotnych dla tej populacji przyczyn zgonów, gdyby struktura wiekowa obserwowanej populacji była zgodna ze strukturą populacji przyjętej jako standard, dla województwa i poszczególnych powiatów.

Obowiązek tworzenia map zdrowia to krok we właściwym kierunku związanym z zabezpieczeniem potrzeb medycznych populacji. Na razie nie można obiektywnie ocenić tych rozwiązań. Pozostaje mieć nadzieję, że przyczynią się do właściwego kreowania polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i krajowym. Gwarancją tego ma być przede wszystkim obligatoryjny zakup świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniający Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

[202] A. Kozierkiewicz, *Mapy zdrowia,* Menedżer Zdrowia nr 4/2014.
[203] Dz. U. z dnia 30 marca 2015 r.

ZAKOŃCZENIE

Opieka długoterminowa stanowi niezwykle ważny element polityki zdrowotnej państwa. Uwarunkowania społeczne i demograficzne szybko i zdecydowanie czynią opiekę długoterminową coraz trudniejszym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. Z pewnością problemy z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej uwypuklają się również w zakresie świadczeń opiekuńczych, których udział powinien systematycznie rosnąć.

Należy zwrócić uwagę, że problem dostępności do świadczeń opiekuńczych oraz poprawa ich efektywności w dużej mierze uzależniona jest od skoordynowania zadań i działań systemu ochrony zdrowia oraz systemu opieki społecznej. Systemy te w obliczu starzejącego się społeczeństwa staja przed podobnym wyzwaniem i koordynacja wydaje się nieunikniona. W przeciwnym wypadku może dojść do dublowania się zadań co nie służy efektywności. Wprowadzenie sprawnego system opieki długoterminowej skoncentrowanego na wsparciu dla osób niesamodzielnych, głównie z powodu podeszłego wieku jest absolutną koniecznością. Niezbędne jest nie tylko stworzenie wspólnego systemu będącego wypadkową ochrony zdrowia jak i opieki społecznej ze względu na charakter świadczeń opiekuńczych będących połączeniem świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Rozsądne wydaje się również stworzenie wyodrębnionego systemu finansowania opieki długoterminowej. Doświadczenia innych państw wprowadzających podatek opiekuńczych stwarzają wrażenie, że takie rozwiązania są skuteczne. Jednakże nie można rozważać takich rozwiązań w oderwaniu od całokształtu finansów publicznych z uwzględnieniem wzrostu kosztów obciążeń publicznoprawnych, które mają określony wpływ na funkcjonowanie państwa i gospodarki. Przedstawiony projekt ustawy o wsparciu osób niesamodzielnych jest najbardziej zaawansowaną próbą wprowadzenia rozwiązań systemowych. Jest to jednak próba nie do końca przekonująca.

Koncentrując się na rozwiązaniach obecnej opieki długoterminowej, w niniejszej pracy wskazano na wiele problemów, których źródłem są przede wszystkim niedoskonałe unormowania, zawierające wiele luk. Braki dotyczą kwestii kompetencyjnych przede wszystkim w zakresie odpowiedzialności za działalność organizacyjną w systemie ochrony zdrowia, a w tym w systemie opieki długoterminowej. Mowa tu przede wszystkim o zadaniach samorządu terytorialnego, których ukształtowanie jest efektem stanu faktycznego a nie norm kompetencyjnych. Niedoskonałości unormowań dotyczą również standaryzacji opieki długoterminowej, która jak większość dziedzin opieki zdrowotnej pozostaje niedookreślona. Taki stan rzeczy nie jest akceptowalny ze względu na możliwe różnice w zakresie udzielanych świadczeń jak i w ich jakości. Ujednolicenie standardów postępowania wobec świadczeniobiorcy w opiece długoterminowej, bez względu na formę świadczenia usług (opieka domowa, ZOL, DPS) zdecydowanie

wpłynie na poprawę jakości realizowanych zadań. Natomiast opracowanie i wdrożenie kryteriów kwalifikacji do określonych rodzajów świadczeń oraz zbliżony stopień partycypacji finansowej ze strony klienta systemu (jego opiekunów), umożliwi dostęp potrzebującym do adekwatnej formy świadczeń, nie zaś wyboru najkorzystniejszej ze względów finansowych usługi. Podstawą zmian systemu powinno być więc ustalenie prawa do określonych świadczeń i usług, współfinansowanych przez budżet państwa, pod warunkiem spełnienia wyznaczonych kryteriów zdrowotnych i funkcjonalnych. W pozostałych przypadkach powinna być możliwość skorzystania z usług komercyjnych.

Należy mieć nadzieję, że ze względu na potrzeby społeczne, przekładające się na wybory polityczne, władze publiczne będą z coraz większą uwagą zajmować się problemami opieki długoterminowej co przełoży się na podjęcie właściwych decyzji w sprawie reform organizacyjnych i finansowych poprzedzonych zmianami prawnymi. Podjęcie takich zmian jest musi odbywać się równolegle do reformowania systemu ochrony zdrowia. Takie głębokie reformowanie jest zapowiadane przez wszystkie siły polityczne. Pozostaje pytanie o efekt tych działań.

BIBLIOGRAFIA

Abramska-Kmon A., *O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności,* Studia demograficzne 1 (159) 2011.

Augustyn M., *Opieka długoterminowa w Polsce*, Warszawa 2010.

Berezowski J., *Samorząd terytorialny a regionalna i lokalna polityka ochrony zdrowia*, Opole 2009. Berezowski J., *Plan zabezpieczenia opieki zdrowotnej,* [w:] *Opolskie studia administracyjno-prawne,* Opole 2003.

Bielski P., *Glosa do postanowienia SN z dnia 26 kwietnia 2000 r.*, „Rejent" 2004/2/139.

Bień B. (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej*, Warszawa 2012 (materiały dostępne na stronie www.mz.gov.pl)

Błędowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – problemy i propozycje rozwiązań*, "Polityka Społeczna" nr 7/2009.

Boć J. (red.), *Prawniczy słownik wyrazów trudnych,* Wrocław 2005.

Brzyska M., Tobiasz-Adamczyk B., Ocetkiewicz T., *Rekomendacje: Środowiskowe formy opieki dla osób starszych mieszkających w gospodarstwach domowych,* „Polityka Społeczna" 2015, nr 1.

Burzyński A., Fedorowski J. J., *Urzędowe zadośćuczynienie,* „Menadżer Zdrowia" nr 9/2011.

Cegła B.K., Faleńczyk, *Standard opieki nad pacjentem z zaburzeniami funkcji zwieraczy,* [w:] *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku,* red. K. Kędziora–Kornatowska, M. Muszalik, Czelaj Sp. z o.o. , Lublin 2007, s. 342.

Centrala NFZ. *Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia zwia□zanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku z□ycia w 2009 r.*, Departament Świadczeń Zdrowotnych, Warszawa 2010.

Czajka D., Czekała B., *Standardy domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej,* BORGIS Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 2013.

Czerw A., Religioni U., Olejniczak D., *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych,* [w:] „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2012, 93(2), s. 269-273 www.phie.pl

Czepulis-Rutkowska Z., Część V. *Opieka długoterminowa – doświadczenia innych krajów,* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009.

Departament Zdrowia Publicznego Wydział Opieki i Profilaktyki Zdrowotnej we współpracy z Zespołem do Spraw Opieki Długoterminowej przy Ministrze Zdrowia: *„Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”*, dokument roboczy, Warszawa 2012.

Dercz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz,* Warszawa 2012.

Jurek Ł., *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa,* Warszawa 2012.

Furmańska-Maruszak A., *System wspierania aktywności zawodowej rodzinnych opiekunów osób starszych*, „Polityka Społeczna”, nr 7/2015.

Grabusińska Z., *Domy pomocy społecznej w Polsce,* Warszawa 2012.

Kaczmarek A., *Zakłady opiekuńczo-lecznicze to nie szpitale,* www.rynekzdrowia.pl

Kautsch M., *Formułowanie planów strategicznych jednostek służby zdrowia,* [w:] Czupryna A., Karkowska D. (red.), *Poradnik o prawach pacjenta,* Warszawa 2013.

Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek,* Warszawa 2013.

Kozierkiewicz A., *Mapy zdrowia,* „Menedżer Zdrowia” nr 4/2014.

Kołodziejski R., *Glosa krytyczna do postanowienia Sądu Najwyższego z 26.04.2000 r.*, „Prawo Spółek” 2003, nr 2003/7-8/99.

Koziarkiewicz A, Szczerbińska K., *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Kraków 2007, Termedia Wydawnictwa Medyczne.

Lach D. E., *Realizacja równego dostępu w aspekcie przedmiotowym w świetle rozwiązań organizacyjno-prawnych dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz limitowania do nich dostępu,* [w:] *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*. www.lex.online.wolterskluwer.pl

Machulak G., *Komentarz do ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Komentarz do art 31(a). T. 3,* www. lex.online.wolterskluwer.pl

Mądrala A., *Czy Prezesowi NFZ zależy na jakości opieki zdrowotnej?* http://www.pracodawcyrp.pl Mitek A., *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce,* [w:] *Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Szczecińskiego* nr 34, Szczecin 2013.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, *Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i palcówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej, według stanu na dzień 31 XII 2013 r. ,* wrzesień 2014 .

Ministerstwo Zdrowia. *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce,* Warszawa 2012.

Nitecki S., *Rodzaje świadczeń przysługujących osobom starszym w systemie pomocy społecznej,* [w:] A. Wilk, M. Gołowkin-Hudała (red. naukowa), *Prawne aspekty starości,* Warszawa 2014.

Pająk A., Topór-Mądry R., *Ocena stanu zdrowia populacji,* [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W. C. Włodarczyk, *Zdrowie Publiczne. T. 1,* Kraków 2000.

Pietraszewska-Macheta A., [w:] K. Baka, G. Machulak, A. Pietraszewska-Macheta, A. Sidorko, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz.* Komentarz do art. 18, www.leex.online.wolterskluwer.pl

Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W. C., *Zdrowie Publiczne. T. 2,* Kraków 2000.

Rubenstein LZ., *An overview of comprehensive geriaric assessment,* [w:] Rubenstei LZ., Wieland D., Bernabei R. (eds), *Geriatric Assesment Technology. The State of Art,* Milan, Editrice Kurtis, 1995.

Szwałkiewicz E., Aussen J. K, *Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarek i opiekunek,* Toruń 2006.

Sierpowska I., *Prawo pomocy społecznej*, Warszawa 2011.

Sierpowska I., *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*. www.lex.online.wolterskluwer.pl

Tobisz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodziski T., *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej,* „Polityka Społeczna" nr 2/2015.

Sroka T. *Treść zasady zapewnienia pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych,* [w:] *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku,* LEX 2013

Pietrzykowski K. (red.), *Kodeks cywilny. Tom I. Komentarz,* Warszawa 2013, s. 139.

Więckowska B., *Dobrowolne ubezpieczenie niedołęstwa starczego-ubezpieczenie pielęgnacyjne.* Publikacja na stronie www.rzu.gov.pl

Zięba J., *Możliwości poprawy sytuacji finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w świetle aktualnego stanu prawnego i projektowanych zmian,* „Prawo i Medycyna" 2004, nr 2004/16/95.

Krzemieniecki K.,(2010), *Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii — systematyczny przegląd piśmiennictwa,* [w:] *Onkologia w praktyce klinicznej*, tom 6, nr 3, 91–96, Via Medica, www.opk.viamedica.pl

Żak M., *Rola fizjoterapeuty w ocenie i opiece geriatrycznej,* [w:] B. Bień, K. Broczek (red.), P*omocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej,* Warszawa 2012.

Publikacja pt. „Realizacja prawa do opieki długoterminowej" to przewodnik dla osób zajmujących się opieką długoterminową czyli pielęgniarek, świadczeniodawców, ale również dla każdej osoby zainteresowanej opieką nad osobami niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi. Jest to jedna z bardzo nielicznych publikacji odnoszących się do aspektów prawnych umieszczenia i pobytu osób przewlekle chorych w opiece długoterminowej. Niekwestionowanym atutem tejże publikacji jest zaprezentowanie praktycznych aspektów odniesienia się do obowiązującego prawa w opiece długoterminowej. Konstrukcja i zawartość merytoryczna opracowania stanowi doskonałe uzupełnienie zagadnień przekazywanych uczestnikom kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek z zakresu opieki prawnej nad osobami niesamodzielnymi. Ponadto jest oczekiwanym materiałem porządkującym aktualny stan wiedzy i prawodawstwa w tym zakresie, przeznaczonym do samodzielnego studiowania w ramach kształcenia ustawicznego. Publikacja ta niewątpliwie stanowi odpowiedź na potrzeby pielęgniarek jak i świadczeniodawców z zakresu opieki długoterminowej. Z pewnością jest to publikacja, która powinna znaleźć się w każdej podręcznej biblioteczce osoby zajmującej się opieką długoterminową. Należy także podkreślić wartość merytoryczną opracowania jako materiału dydaktycznego do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego studentów kierunku pielęgniarstwo.

Dr n. o zdr. Mariola Rybka
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
przewlekle chorych i niepełnosprawnych

ISBN 978-83-60730-91-1
9 788360 730911