

MINISTERSTWO ZDROWIA

**Stan faktyczny i perspektywy
rozwoju opieki długoterminowej w Polsce**

**Warszawa,
grudzień 2012 r.**

WSTĘP.....	3
DIAGNOZA I ANALIZA SYTUACJI.....	4
I.1.DEFINICJE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	4
I.2. TERMINOLOGIA	4
<u>I.3. PODSTAWOWE DANE EPIDEMIOLOGICZNE I DEMOGRAFICZNE ORAZ PERSPEKTYWY ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE.....</u>	7
<u>I.4. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ</u>	10
I.4.1. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA.....	10
I.4.2. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SYSTEMIE POMOCY SPOŁECZNEJ	15
<u>I.5. OCENA DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ</u>	18
I.5.1. STAN OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE.....	18
I.5.2. ZASOBY LUDZKIE W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ.....	24
I.5.3. SPECYFICZNE ZAGADNIENIA W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ	27
<u>I.6. PODSUMOWANIE</u>	36
KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE.....	38
<u>II.1. PERSPEKTYWY WZROSTU ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ.....</u>	39
II.1.1. RÓWNY DOSTĘP DO DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	42
II.1.2. ZAPEWNIENIE WŁAŚCIWEJ JAKOŚCI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ.....	43
II.1.3. DOSTOSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DO ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB I PREFERENCJI	43
II.1.4. ZRÓWNOWAŻONE FINANSOWANIE POPRZEZ RACJONALNE WYKORZYSTANIE ZASOBÓW.....	44
II.1.5. DOBRE ZARZĄDZANIE I SKOORDYNOWANIE DZIAŁAŃ SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ I POLITYKI SPOŁECZNEJ - INSTYTUCJI PUBLICZNYCH I PRYWATNYCH.....	45
II.1.6. MONITOROWANIE EFEKTYWNOŚCI DZIAŁANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ.....	45
<u>II.2.PODSUMOWANIE</u>	45

WSTĘP

W Polsce obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa i wzrost liczby osób przewlekle chorych, szczególnie wśród osób starszych. Stawia to przed opieką zdrowotną nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej coraz większej liczbie osób. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa, systematycznie rosnącą populację osób niesamodzielnych oraz z uwagi na fakt, iż opieka zapewniona obecnie jest postrzegana jako niewystarczająca i nieodpowiednia do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb, a tym samym zapewnienia odpowiednich warunków życia dla pacjentów z niej korzystających uznano, iż zwiększenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową stanowi olbrzymie wyzwanie.

Przy planowaniu i realizacji działań na rzecz poprawy sytuacji osób starszych i niesamodzielnych nieodzownym elementem, jest rozwijanie środowiskowych usług opiekuńczych, wspierających podopiecznego i jego opiekuna rodzinnego oraz rozbudowa sektora instytucjonalnej opieki długoterminowej.

Celem tych działań jest zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielnymi w związku z chorobą, urazem lub wiekiem, stąd potrzeba stworzenia pragmatycznego, realnego i adekwatnego do potrzeb programu porządkującego w możliwie najlepszy sposób istniejące zasoby - tak, by stworzyć narzędzia do zrównoważonego rozwoju poszczególnych elementów tego systemu. Konieczne jest określenie koncepcji dla tej części systemu opieki zdrowotnej, w tym wytyczenie zakresu gwarantowanej opieki długoterminowej, zasad dostępności do świadczeń i sposobu koordynacji funkcjonowania pacjenta przewlekle chorego w systemie. Wszystko to jest zależne od stanu finansów płatnika, wykształcenia kadr oraz adekwatnej infrastruktury.

Podział kompetencji Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, w 1991 roku, pomiędzy dwa resorty – zdrowia oraz pracy i polityki społecznej, spowodował dezintegrację świadczeń medycznych i społecznych. W efekcie, zaczęły funkcjonować dwa odrębne filary opieki długoterminowej – medyczny i społeczny, często nieadekwatne do potrzeb. A zatem obecnie funkcjonujący model opieki nad osobami niesamodzielnymi, zawierający elementy opieki społecznej i zdrowotnej jest niedoskonały, istnieje więc konieczność opracowania modelu

opieki długoterminowej możliwego do zrealizowania w polskich uwarunkowaniach. Oznacza to konieczność zmiany podejścia do funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej i społecznej w zakresie stacjonarnej całodobowej opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej a także opieki domowej świadczonej przez personel medyczny i przez opiekunów nieformalnych (rodziny). Aby umożliwić właściwe świadczenie usług zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej, jak również właściwe zabezpieczenie socjalne konieczna jest modyfikacja systemu opieki zdrowotnej oraz usług socjalnych.

DIAGNOZA I ANALIZA SYTUACJI

I.1.DEFINICJE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

W krajach rozwiniętych opieka długoterminowa rozumiana jest jako całokształt działań medycznych i społecznych, z różnym rozłożeniem odpowiedzialności obu sektorów. W Polsce natomiast, pod pojęciem opieki długoterminowej, zwykło się rozumieć korzystanie z systemu opieki zdrowotnej.

Opieka długoterminowa definiowana jest przez OECD jako zakres świadczeń udzielanych osobom z ograniczoną fizyczną, psychiczną lub poznawczą zdolnością funkcjonowania. W konsekwencji tych ograniczeń osoby te przez dłuższy czas stają się zależne od pomocy w podstawowych aktywnościach życia codziennego, takich jak kąpiel, ubieranie się, spożywanie pokarmów, wstawanie z łóżka lub krzesła czy poruszanie się. Na opiekę składa się podstawowa pomoc medyczna, leczenie bólu, farmakoterapia, monitorowanie stanu zdrowia, prewencja, rehabilitacja oraz opieka paliatywna.

Z kolei WHO definiuje opiekę długoterminową jako integralną część ochrony zdrowia, związaną z działaniami na rzecz osób potrzebujących realizowanymi przez opiekunów nieformalnych (rodzinę, przyjaciół, sąsiadów), opiekunów formalnych (w tym profesjonalistów medycznych i pracowników socjalnych) a także przez tradycyjnych opiekunów i wolontariuszy.

I.2. TERMINOLOGIA

Sformułowania użyte w tekście rozumie się następująco:

opieka długoterminowa - całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwie, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno–opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji;

choroba przewlekła - wszelkie zaburzenia lub odchylenia od normy zdrowotnej, które mają jedną lub więcej z następujących cech charakterystycznych: są trwałe, implikują niepełnosprawność, spowodowane są nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego albo według wszelkich oczekiwań wymagać będą długiego okresu nadzoru, obserwacji lub opieki;

osoba niesamodzielną - osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (niepełnosprawności) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej;

pielęgnacja - pomoc chorej lub zdrowej osobie w wykonywaniu tych czynności przyczyniających się do utrzymania bądź poprawy stanu zdrowia, które wykonywałaby ona samodzielnie, gdyby miała potrzebną do tego siłę, sprawność, wolę lub wiedzę;

świadczenie opiekuńcze - świadczenie towarzyszące podstawowej oraz specjalistycznej pielęgnacji polegające na zapewnieniu pacjentowi niesamodzielnemu bezpieczeństwa w najbliższym otoczeniu oraz pomocy w komunikowaniu się z otoczeniem; świadczeniami opiekuńczymi wymienionymi w ustawie o świadczeniach rodzinnych są: świadczenie pielęgnacyjne i zasiłek pielęgnacyjny; przysługują z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w związku z koniecznością opieki nad osobą niesamodzielną (niepełnosprawną);

świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze - jest podstawą świadczeń medycznych realizowanych na rzecz pacjenta, który jest niesamodzielny w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i obejmuje pomoc w zaspokajaniu potrzeb w zakresie żywienia, wydalania, higieny osobistej i mobilności oraz codziennej aktywności życiowej pacjenta;

podstawowa pielęgnacja - może być realizowana przez różnych profesjonalistów na różnych poziomach kompetencyjnych, ale także przez nieprofesjonalnych opiekunów i obejmuje proste czynności pielęgnacyjne związane z myciem, karmieniem, pomocą w wydalaniu i poruszaniu się;

specjalistyczna pielęgnacja - świadczenie zdrowotne obejmujące czynności związane z odżywianiem, wydalaniem, higieną ciała i przemieszczaniem pacjenta, będące elementem procesu terapeutycznego, którego wykonanie wymaga kwalifikacji oraz specjalistycznego sprzętu i technologii;

rehabilitacja lecznicza – zorganizowane działanie zmierzające do przyspieszenia procesu powrotu pacjenta do zdrowia z udziałem personelu terapeutycznego, w szczególności lekarzy, rehabilitantów i fizjoterapeutów;

skala Barthel - narzędzie służące do oceny sprawności funkcjonalnej człowieka w zakresie podstawowych funkcji życia codziennego w skali od w pełni niesamodzielnego (0 pkt) do samodzielnego (100 pkt); skala służy zwłaszcza do pomiaru wydajności w wykonywaniu codziennych czynności, a każdy element wydajności oceniono liczbą punktów przypisanych do każdego poziomu; skala wykorzystuje dziesięć zmiennych opisujących wykonywanie codziennych czynności i mobilność;

kompensowanie utraconej sprawności - zastosowanie środka pomocniczego lub sprzętu umożliwiającego niepełnosprawnemu pacjentowi samodzielne wykonywanie w całości lub w części czynności związanych z samopielęgnacją;

opiekun medyczny - pomocniczy personel medyczny odpowiedzialny za pielęgnowanie pacjentów niesamodzielnych zgodnie z załącznikiem nr 4 część I, pkt 1, ppkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;

zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub **opiekuńczo-leczniczy** - zwany dalej zakładem opiekuńczym - podmiot realizujący opiekę długoterminową polegającą na:

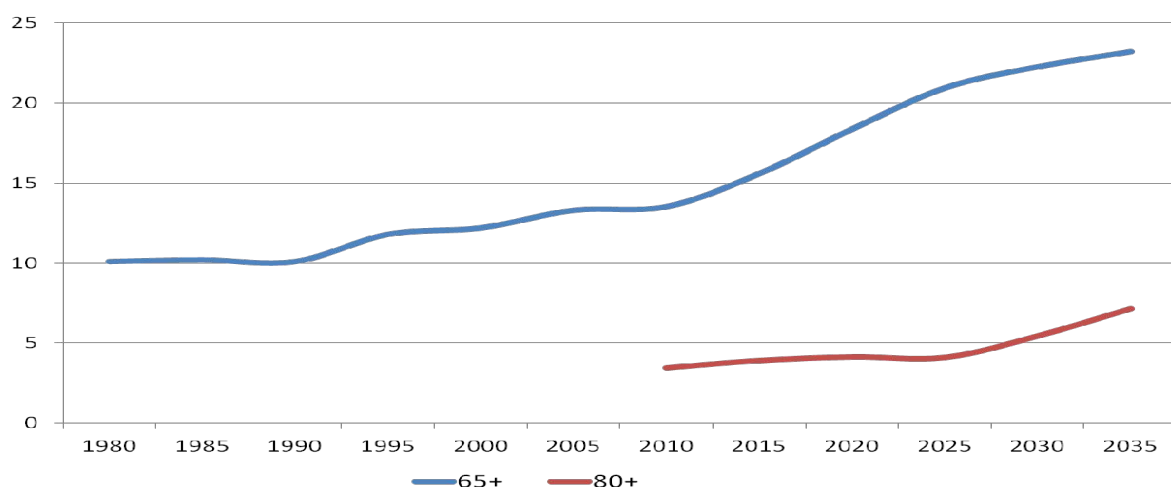
- a) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- b) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu 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;

długoterminowa opieka domowa – świadczenie systematycznej opieki pielęgniarskiej, w tym specjalistycznej pielęgnacji w domu pacjenta.

I.3. PODSTAWOWE DANE EPIDEMIOLOGICZNE I DEMOGRAFICZNE ORAZ PERSPEKTYWY ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA PIELEGNACYJNE I OPIEKUŃCZE

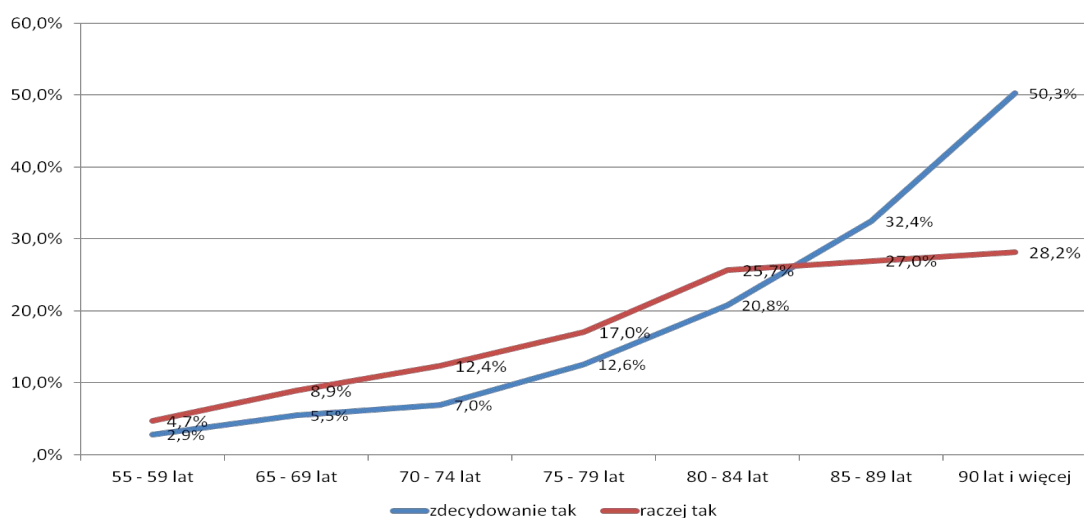
Według normy określonej przez Organizację Narodów Zjednoczonych, próg starości demograficznej oznacza udział ponad 7% osób w wieku 65 lat i starszych w ogólnej strukturze ludności. Zgodnie z danymi GUS wskaźnik ten dla Polski w roku 2010 osiągnął poziom około 14% (udział w społeczeństwie osób w wieku powyżej 65 lat – 5 184 564 (13,5%). Polska jest już społeczeństwem bardzo starym w ujęciu demograficznym i taka sytuacja ma swoje odzwierciedlenie w wydatkach Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę zdrowotną. Analiza wydatków NFZ na hospitalizację z uwzględnieniem wieku pacjentów wykazała, że osoby po 65. roku stanowiły w 2009 roku 26,3% pacjentów ogółem, tj. ponad 1 mln 350 tys. osób. Dla tej grupy świadczeniobiorców w 2009 roku udzielono ponad 2 mln 300 tys. hospitalizacji, co stanowiło 28,3% wszystkich hospitalizacji. Fundusz na sfinansowanie hospitalizacji w roku 2009 przeznaczył 24 mld zł, w tym na hospitalizacje dla osób powyżej 65 roku życia wydano 8 mld zł, co stanowiło 33,6% wydatków ogółem. Analizując proporcje w grupie osób leczonych ogółem, średnio na 100 osób korzystających z opieki zdrowotnej 60 jest hospitalizowanych częściej niż raz w roku. W grupie osób

leczonych powyżej 65 roku życia jest to już średnio 72 osoby. Na każde 100 ubezpieczonych ogółem osób 14 skorzystało z hospitalizacji. W analogicznej grupie w przedziale wiekowym powyżej 65 roku życia liczba leczonych jest już niemal dwukrotnie wyższa i wynosi 27 osób.



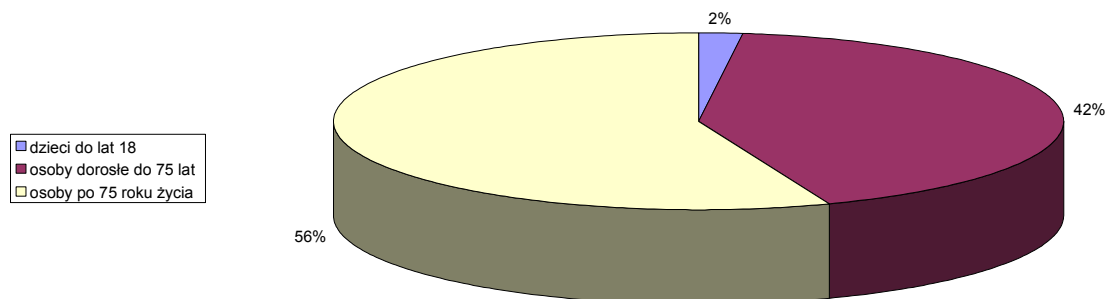
Wykres 1: Odsetek osób w wieku 65+ i 80+ w Polsce w latach 1980 – 2035 - prognoza PolSenior

Prognozy demograficzne pokazują, że liczba użytkowników usług opieki długoterminowej podwoi się w okresie najbliższych 20 lat (dane uwzględniają przede wszystkim wiek użytkowników). Przyszli użytkownicy będą mieć inne potrzeby i problemy, a także inne zasoby, by sobie z nimi radzić, ponieważ grupa ta będzie się składać jednocześnie z nowych pokoleń osób starszych i młodszych użytkowników usług, którzy łącznie będą wymagać bardziej zróżnicowanej oferty usług opieki długoterminowej.



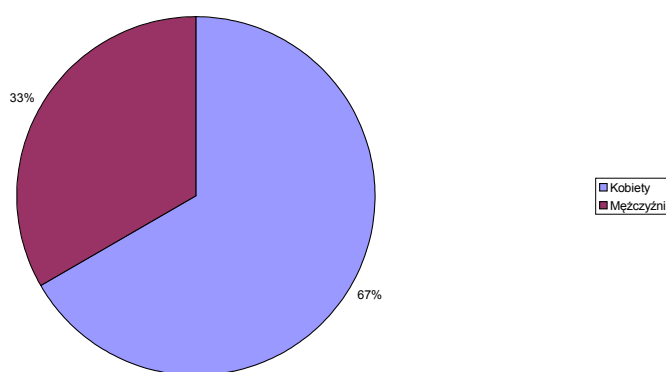
Wykres 2: Osoby starsze zgłaszające zapotrzebowanie na pomoc osób drugich według grup wieku - dane PolSenior (badanie społeczne)

Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej według wieku



Wykres 3: Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej według wieku w 2012 r. – dane NFZ

Odsetek pacjentów opieki długoterminowej według płci



Wykres 4: Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej według płci w 2012 r. – dane NFZ

Jak pokazują powyższe dane, zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wzrasta dynamicznie wraz z wiekiem. Ponadto zdecydowaną większość pacjentów opieki długoterminowej stanowią i będą stanowić kobiety, tym samym należy uwzględnić specyfikę demograficzną tej grupy beneficjentów przy projektowaniu rozwiązań.

Biorąc pod uwagę strukturę korzystania ze świadczeń w różnych grupach wiekowych, jak również obecny i przyszły trend demograficzny oraz transformację epidemiologiczną (choroby przewlekłe i niepełnosprawność), zmiany w zakresie popytu i podaży na rynku

usług medycznych oraz feminizacja starości, należy spodziewać się dynamicznego wzrostu kosztów, a tym samym nakładów na opiekę długoterminową.

I.4. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ

Z uwagi na konieczność zabezpieczenia potrzeb osób niesamodzielnych opieka długoterminowa realizowana jest zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej.

System ochrony zdrowia zapewnia pacjentowi opiekę długoterminową realizowaną w warunkach stacjonarnych i domowych, przy czym zaznaczyć należy, iż świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dedykowane są zarówno dorosłym, jak i dzieciom. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia opieką długoterminową stanowi stan zdrowia pacjenta.

Opieka długoterminowa w pomocy społecznej obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby, dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej oraz w rodzinnych domach, dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym.

I.4.1. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia wszystkim obywatelom, bez względu na ich sytuację materialną, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Powszechność w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest na następujących zasadach: prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają osoby ubezpieczone oraz osoby inne niż ubezpieczeni posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o niskim statusie społeczno-

ekonomicznym ocenianym w oparciu o te same kryteria, które uprawniają do świadczeń z pomocy społecznej. Ponadto osoby, które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży i porodu mają zapewnioną opiekę zdrowotną na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych.

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

Natomiast świadczeniem gwarantowanym jest świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie o świadczeniach. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej. Wykaz świadczeń gwarantowanych wraz z warunkami ich realizacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych są finansowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast opłatę za pobyt w zakładzie opiekuńczym obejmującą koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi, zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjent. Miesięczna opłata, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, ustalana jest przez kierownika zakładu

opiekuńczego. Przy czym opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym. Opłatę ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających wysokość dochodu świadczeniobiorcy, w szczególności:

- 1) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej, lub
- 2) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego.

Natomiast w przypadku czasowej nieobecności świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym w trakcie jego pobytu w tym zakładzie opiekuńczym, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu świadczeniobiorcy poza zakładem opiekuńczym, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza zakładem opiekuńczym opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w zakładzie opiekuńczym.

Świadczenia gwarantowane udzielane **w warunkach stacjonarnych** są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, przy czym pobyt świadczeniobiorcy, który ukończył 18 rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydłuża się do chwili ukończenia nauki.

Świadczenia te obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- 4) świadczenia psychologa;
- 5) terapię zajęciową;
- 6) leczenie farmakologiczne;
- 7) leczenie dietetyczne;
- 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze stosowane przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych;
- 9) edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Poza tym w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki. Świadczenia gwarantowane 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. W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia nie stosuje się warunku dokonania oceny skalą Barthel. Natomiast do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Oceny dokonuje, przed przyjęciem świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto oceny dokonuje również, w dniu przyjęcia świadczeniobiorcy do zakładu opiekuńczego oraz na koniec każdego miesiąca, lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego. O przyjęciu świadczeniobiorcy do niepublicznego zakładu opiekuńczego decyduje kierownik zakładu opiekuńczego w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie.

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.

Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych przez **zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie**, są udzielane świadczeniobiorcy z niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź 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. Świadczenia te obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza, pielęgniarkę oraz fizjoterapeutę,
- 2) badania diagnostyczne umożliwiające właściwą terapię oddechową w warunkach domowych, w szczególności:

- a) badania obrazowe, w tym RTG i USG - w pełnym zakresie,
- b) badanie potencjałów wywołanych,
- c) badania równowagi kwasowo-zasadowej krwi - w pełnym zakresie.

Ponadto do obowiązków zespołu należy wyposażenie świadczeniobiorców w następujący sprzęt medyczny i pomocniczy:

- 1) respirator wyposażony w:
 - a) akumulator pozwalający na:
 - swobodne korzystanie z wózka inwalidzkiego,
 - podtrzymanie czynności respiratora do 4 godzin,
 - b) filtry powietrza w układzie,
 - c) komplet parametrów nastawnych,
 - d) 2 alarmy: rozłączenia układu i nadmiernego ciśnienia w drogach oddechowych;
- 2) ssaki - zależnie od potrzeb pacjenta;
- 5) zestaw do pielęgnacji tracheotomii - zależnie od potrzeb pacjenta;
- 6) sprzęt niezbędny do obsługi respiratora, w tym jednorazowego użycia;
- 7) pulsoksymetr;
- 8) worek samorozprężalny z maską twarzową;
- 9) stetoskop

Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, jest:

- 1) ukończenie i udokumentowanie leczenia przyczynowego;
- 2) wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych, uzasadniających rozpoznanie i potwierdzających niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja mechaniczna;
- 3) nieobjęcie udzielaniem świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej lub realizowanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej.

Świadczenia te są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę informacyjną leczenia szpitalnego, wyniki badań świadczeniobiorcy, kwalifikację do objęcia opieką w warunkach domowych, wydaną przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.

Świadczenia gwarantowane realizowane przez **pielęgniarską opiekę długoterminową domową**, obejmują:

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

Świadczenia pielęgniarstwa długoterminowego domowego, są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej. Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarstwem długoterminowym domowym są:

- 1) nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe;
- 2) nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych;
- 3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- 4) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia te, są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwem długoterminowym domowym. Oceny dokonuje w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwem długoterminowym domowym - lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego oraz na koniec każdego miesiąca - pielęgniarka opieki długoterminowej domowej.

I.4.2. OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SYSTEMIE POMOCY SPOŁECZNEJ

Opieka długoterminowa w pomocy społecznej realizowana jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.) oraz niektórych aktów wykonawczych do tej ustawy i obejmuje: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania,

całodobowe usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy, dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej, całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonym w ramach działalności gospodarczej lub statutowej.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób w sytuacji gdy rodzina, a także niezamieszkujący wspólnie małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Usługi te są bezpłatne albo odpłatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z usług opiekuńczych oraz od kosztu i liczby godzin świadczonych usług opiekuńczych. W przypadku szczególnej i trudnej sytuacji życiowej świadczeniobiorcy, istnieje możliwość odstąpienia od opłat za usługi. Usługi te są realizowane jako zadanie własne gminy i finansowane z budżetu gminy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są zadaniem własnym gminy, przy czym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zadaniem zleconym gminie i finansowanym z budżetu państwa i realizowane są na podstawie rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze oraz możliwości zwolnienia z opłat w części lub całości, ustalają władze gminy w drodze uchwały. Świadczenie w postaci usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi, przyznaje ośrodek pomocy społecznej, ustalając ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Ośrodek pomocy społecznej może realizować usługi samodzielnie lub w ramach zlecenia usługi albo w ramach zakupu usług na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych.

Rodzinny dom pomocy stanowi specjalną formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę w jej miejscu zamieszkania (w ramach działalności gospodarczej) dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób wymagających wsparcia w tej formie. Osobę wymagającą całodobowych usług bytowych i opiekuńczych kieruje się na pobyt stały lub okresowy do rodzinnego domu pomocy na jej wniosek lub - za jej zgodą - na wniosek opiekuna prawnego złożony w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Decyzję w sprawie skierowania do rodzinnego domu pomocy wydaje kierownik ośrodka. Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom, ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy zawartej między kierownikiem ośrodka a osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy. Przy ustalaniu odpłatności od osoby przebywającej w rodzinnym domu pomocy stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o pomocy społecznej dotyczące zasad odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej.

Ośrodek wsparcia jest dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy pomocy, w tym usługi żywieniowe. Przy ośrodkach wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Działalność ośrodków wsparcia wspiera rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad niepełnosprawnymi członkami rodzin, zapobiegając jednocześnie umieszczeniu ich w placówkach wsparcia całodobowego, wspiera także osoby samotne, zapobiegając ich wykluczeniu z życia społecznego. Prowadzenie ośrodków wsparcia, z wyłączeniem ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest zadaniem własnym gminy lub powiatu finansowanym z ich budżetu. Gmina lub powiat może zlecać prowadzenie takich jednostek innym podmiotom.

Osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność mają prawo do pobytu w **domu pomocy społecznej**. Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na następujące typy:

- 1) dla osób w podeszłym wieku;
- 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Są to placówki całodobowego stałego pobytu, zapewniające usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Wydatki związane z zapewnieniem mieszkańcom całodobowej opieki oraz z zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa dom pomocy społecznej. Natomiast świadczenia zdrowotne, udzielane przez podstawową opiekę zdrowotną i pielęgniarstwa opiekę długoterminową domową, finansowane są w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Koszty pobytu w domu pomocy społecznej są współfinansowane przez rodzinę w zależności od wysokości renty /emerytury podopiecznego i kryterium dochodowego rodziny (mogą być opcjonalnie opłacone ze źródeł samorządowych).

I.5. OCENA DOSTĘPNOŚCI DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

I.5.1. STAN OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

W Polsce w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych funkcjonuje 442 podmioty realizujące opiekę długoterminową stacjonarną, w tym dla osób wentylowanych mechanicznie 30 podmiotów. Szczegółowe informacje dot. podmiotów realizujących świadczenia opieki długoterminowej znajdują się w załączniku nr 1.

Natomiast wydatki ponoszone na finansowanie opieki długoterminowej, zgodnie z danymi przedstawionymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, kształtują się w następujący sposób:

- 1) w roku 2010 plan finansowy przewidywał wydatki na poziomie 904 543,00 tys. zł
- 2) w roku 2011 plan finansowy przewidywał wydatki na poziomie 969 288,00 tys. zł
- 3) w roku 2012 plan finansowy przewidywał wydatki na poziomie 1 041 889,00 tys. zł
- 4) w roku 2013 plan finansowy przewiduje wydatki na poziomie 1 088 369,00 tys. zł.

Nazwa świadczenia	Uśredniona kwota
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	73 zł. Najniższa: 68 zł. Najwyższa: 79 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	$73 \text{ zł.} \times 1,5 = 109,5 \text{ zł.}$
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	$73 \text{ zł.} \times 2,6 = 189,80 \text{ zł.}$
osobdzień pobytu w ZPO/ ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego pozajelitowo, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, ze współczynnikiem korygującym 3,5	$73 \text{ zł.} \times 3,5 = 255,50 \text{ zł.}$

osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia	73 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	73 zł. x 1,5 = 109, 50 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci nieprzytomne do 4 roku życia i żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	73 zł. x 2,6 = 189, 80 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionych pozajelitowo, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci nieprzytomnych do ukończenia 4 roku życia, ze współczynnikiem korygującym 4,2	73 zł. x 4,2 = 306, 60 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	253 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem 1,2	253 zł. x 1,2 = 303, 60 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem 1,6	253 zł. x 1,6 = 404, 80 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie	335 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem 1,2	335 zł. x 1,2 = 402, 00 zł.
osobdzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem 1,8	335 zł. x 1,8 = 603, 00 zł.
osobdzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	164 zł.
osobdzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	166 zł.
osobdzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów pod różnymi adresami zamieszkania – BEZ WSKAŹNIKA KORYGUJĄCEGO	26 zł.
osobdzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej dla pacjentów pod tym samym adresem zamieszkania ze wskaźnikiem 0, 4 – domy pomocy społecznej	11 zł.

Tabela 1. Nazwa świadczenia oraz wycena osobodnia – uśrednione wyniki, z uwzględnieniem skali Barthel, stan na 31 grudnia 2012 r.

Dostępność do opieki długoterminowej – listy oczekujących

Kategorie określone jako przypadek pilny i przypadek stabilny precyzuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni się kierować świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661, z późn. zm.):

- **przypadek pilny** – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielania świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczące zmniejszenie szans na powrót do zdrowia;

- **przypadek stabilny** – w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny. Z wyłączeniem osób w stanach nagłych, którym świadczenia udzielane są niezwłocznie, pacjenci oczekujący powinni zostać przypisani do jednej z powyżej wskazanych kategorii medycznych, wzięwszy uprzednio pod uwagę następujące kryteria medyczne: stan zdrowia pacjenta, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, występowanie chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenie wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Przypadek	Pielęgniarska opieka długoterminowa	Zespoły długoterminowej opieki domowej dla dzieci	Zespoły długoterminowej opieki domowej	
OPIEKA DOMOWA				
pilny	346	1	30	
stabilny	5245	59	63	
OPIEKA STACJONARNA				
Przypadek	Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	Zakład/oddział pielęgnacyjno – opiekuńczy dla dzieci	Zakład/oddział opiekuńczo – leczniczy	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży
pilny	85	0	371	0
stabilny	2131	0	5817	3

Tabela 2. Liczba oczekujących – stan na dzień 14 sierpnia 2012 r.

Analizując szczegółowe dane dotyczące kolejek oczekujących, zamieszczone w załączniku nr 2 należy stwierdzić, iż:

- łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do zespołów długoterminowej opieki domowej wynosi odpowiednio:
 - przypadek pilny – 30 osób /przypadek stabilny – 63 osoby,
 - średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 3 dni /przypadek stabilny 15 dni;
- łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do pielęgniarskiej opieki długoterminowej wynosi odpowiednio:
 - przypadek pilny – 346 osób /przypadek stabilny – 5 245 osób,
 - średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 3 dni /przypadek stabilny 31 dni;
- łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do zakładów /oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych wynosi odpowiednio:
 - przypadek pilny – 85 osób /przypadek stabilny – 2 131 osób,

- średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 8 dni /przypadek stabilny 82 dni;
- d) łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do zakładów /oddziałów opiekuńczo-leczniczych wynosi odpowiednio:
 - przypadek pilny – 371 osób /przypadek stabilny – 5 817 osób,
 - średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 8 dni /przypadek stabilny 82 dni.

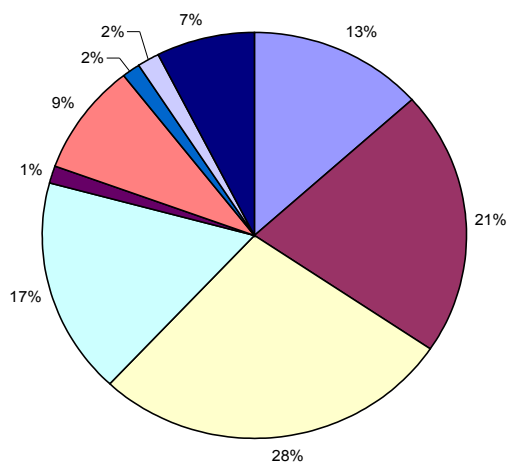
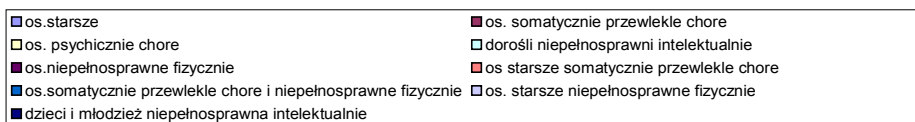
Dostępność do opieki długoterminowej dla dzieci – opieka stacjonarna oraz świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów i dzieci wentylowanych mechanicznie

Analizując szczegółowe dane dotyczące kolejek oczekujących, zamieszczone w załączniku nr 3 należy stwierdzić, iż:

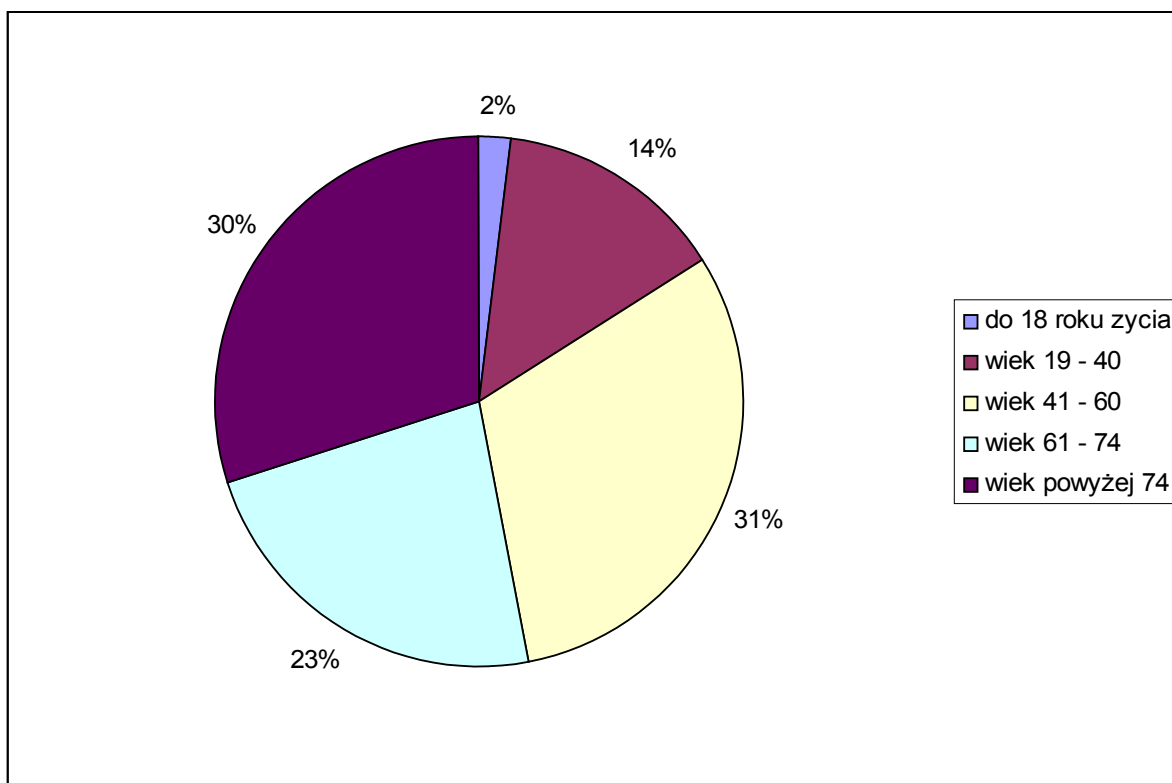
- a) łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do zespołów długoterminowej opieki domowej dla dzieci wynosi:
 - przypadek pilny – 1 osoba /przypadek stabilny – 59 osób,
 - średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 0 dni /przypadek stabilny 3 dni.
- b) łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do zakładów /oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci wynosi:
 - przypadek pilny – 0 osób /przypadek stabilny – 0 osób,
 - średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 0 dni /przypadek stabilny 0 dni.
- c) łączna liczba osób oczekujących oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania do zakładów /oddziałów opiekuńczo-leczniczych dla dzieci i młodzieży wynosi:
 - przypadek pilny – 0 osób /przypadek stabilny – 3 osoby,
 - średni czas oczekiwania: przypadek pilny – 0 dni /przypadek stabilny 1 dzień.

Dostępność do opieki długoterminowej dla osób zamieszkujących w Domach Pomocy Społecznej

Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, struktura mieszkańców domów pomocy społecznej w 2012 r. przedstawiona została na *Wykresach 5 i 6*:



Wykres 5: Struktura mieszkańców domów pomocy społecznej – w podziale na rodzaj domu - w 2012 r. – dane MPiPS



Wykres 6: Struktura mieszkańców domów pomocy społecznej - w podziale ze względu na wiek w 2007 r. - dane MPiPS

Domy pomocy społecznej są placówkami opiekuńczymi, na które przepisy *ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* nakładają obowiązek świadczenia usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nich przebywających, uwzględniając przy tym m.in.: stopień fizycznej i psychicznej sprawności osób objętych opieką. Przepis art. 68 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy stanowi, że opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług opiekuńczych zapewniających: udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, opiekę higieniczną, niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych i kontakty z otoczeniem. Również przepis ust. 3 pkt 4 tego artykułu stanowi, że usługi opiekuńcze obejmują pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych. Domy pomocy społecznej lub rodzinne domy pomocy społecznej pełnią funkcję zastępującą domy rodzinne, a przebywające w nich osoby przewlekle chore wymagające wzmożonej opieki i pielęgnacji mają możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych na tych samych zasadach, co osoby w identycznym stanie zdrowia i o identycznych potrzebach zdrowotnych przebywające w domu rodzinnym.

Podmiot prowadzący	Liczba Domów Pomocy Społecznej	Liczba miejsc	Liczba osób korzystających
powiat	606	65293	70658
inne podmioty	218	13213	14183
Razem	824	78506	84841

Tabela 3. Liczba Domów Pomocy Społecznej w roku 2012 – dane MPiPS

Liczba świadczeniobiorców w DPS objętych opieką	Liczba świadczeniobiorców w DPS oczekujących na objęcie opieką
11131	8198
Liczba pielęgniarek POZ	Liczba świadczeniobiorców, którzy złożyli deklaracje wyboru
901	46776

Tabela 4. Świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w Domach Pomocy Społecznej w roku 2012 – dane MPiPS
Tabela 9. Świadczenia pielęgniarstwa długoterminowej domowej w Domach Pomocy Społecznej w roku 2012 – dane MPiPS

Z powyższych danych wynika, iż konieczne jest ewentualne podjęcie działań edukacyjnych kierowanych do personelu DPS uświadamiających prawa pacjenta, w tym prawo do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej realizowanej w warunkach domowych.

Szczegółowe informacje dotyczące struktury pensjonariuszy domów pomocy społecznej oraz dostępności opieki długoterminowej i podstawowej opieki zdrowotnej w domach pomocy społecznej zawarte są w załączniku nr 4.

I.5.2. ZASOBY LUDZKIE W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

I.5.2.1. PIELEŃNIARKI

Jednym z ważniejszych działań służących zapewnieniu lub poprawie jakości świadczeń w sektorze opieki długoterminowej jest zapewnienie wykwalifikowanych kadr medycznych. W opiece nad pacjentem opieki długoterminowej centralne miejsce zajmują pielęgniarki, w szczególności te posiadające przygotowanie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej lub legitymująca się ukończeniem kursu kwalifikacyjnego w odpowiedniej dziedzinie.

Według danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, liczba pielęgniarek uprawnionych do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wynosi:

- 56287 pielęgniarek posiadających ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub zachowawczego, rodzinnego lub opieki paliatywnej lub kurs kwalifikacyjny w zakresie opieki paliatywnej lub w trakcie ich odbywania,
- 16836 pielęgniarek posiadających ukończoną specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub kurs kwalifikacyjny pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie lub pielęgnowanie dziecka wentylowanego mechanicznie lub w trakcie ich odbywania.

Liczbę pielęgniarek posiadających uprawnienia 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) w odniesieniu do liczby mieszkańców przedstawia Tabela 5.

Województwo	Liczba ludności w województwie	Liczba pielęgniarek w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców
dolnośląskie	2877121	7026	24,42
kujawsko-pomorskie	2069575	3328	16,08
lubelskie	2154892	4584	21,27
lubuskie	1010705	1614	15,97
łódzkie	2538451	4253	16,75
małopolskie	3304337	5528	16,73
mazowieckie	5232432	11525	22,03
opolskie	1029894	2104	20,43
podkarpackie	2102742	5004	23,80
podlaskie	1189175	3595	30,23
pomorskie	2235511	3209	14,35
śląskie	4638462	9623	20,75
świętokrzyskie	1268271	3331	26,26
warmińsko-mazurskie	1427587	2176	15,24
wielkopolskie	3414185	3893	11,40
zachodniopomorskie	1693520	2330	13,76
RAZEM	38 186 860	73 123	19,15

Tabela 5. Liczba pielęgniarek z uprawnieniami do realizacji świadczeń opieki długoterminowej – dane Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ – stan na wrzesień 2012 r.

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 województwa: podlaskiego – 30,23, świętokrzyskiego – 26,26, i dolnośląskiego – 24,42. Najmniej tych pielęgniarek odnotowano na terenie województwa: wielkopolskiego – 11,40, zachodniopomorskiego – 13,76 i pomorskiego – 14,35. Województwa te posiadają także małą liczbę pielęgniarek, które ukończyły szkolenia w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej lub przewlekle chorych lub niepełnosprawnych (obecnie szkolenie w tym kierunku nie jest realizowane, poszerzył się natomiast zakres kształcenia w ramach specjalizacji pielęgniarstwa opieki długoterminowej): lubuskie - 436, zachodniopomorskie - 155, warmińsko-mazurskie - 340. Małą liczbę pielęgniarek przeszkolonych w tej dziedzinie posiada także woj. pomorskie - 273. Od 2004 r., na mocy przepisów *ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej*, Minister Zdrowia w ramach posiadanych środków publicznych oraz ustalonych limitów miejsc szkoleniowych, corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych. Do 15 grudnia każdego roku kalendarzowego Minister Zdrowia ogłasza w formie obwieszczenia, ogólną liczbę miejsc szkoleniowych oraz kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego na rok następny, po wcześniejszym zasięgnięciu opinii Naczelniej

Rady Pielęgniarek i Położnych. Po ogłoszeniu, treść obwieszczenia jest ogólnie dostępna m.in. na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Limity miejsc szkoleniowych ustalane są pod kątem zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach. Propozycje dziedzin uznanych za priorytetowe w danym województwie Ministrowi Zdrowia przekazują: marszałkowie poszczególnych województw oraz Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, na podstawie informacji przedłożonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych. Na podstawie powyższych propozycji ostateczny wykaz dziedzin, w jakich będą prowadzone specjalizacje dofinansowane ze środków publicznych, w poszczególnych województwach zatwierdza Minister Zdrowia.

Dane dotyczące liczby miejsc dofinansowanych ze środków publicznych w latach 2004-2012 w odniesieniu do szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece długoterminowej przedstawiono w załączniku nr 5.

Katalog dziedzin priorytetowych ustalany jest na jeden rok, uwzględniając podział terytorialny kraju. Katalog ten wypracowywany jest corocznie przez Zespół, w skład którego wchodzi przedstawiciele: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia. W roku 2012 szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej było szkoleniem priorytetowym przeznaczonym do dofinansowania ze środków publicznych w 7 województwach (lubelskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, pomorskim, zachodniopomorskim).

I.5.2.2. LEKARZ

Zgodnie z brzmieniem art. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, geriatryka stanowi jedną z najważniejszych specjalizacji lekarskich. Na początku 2012 r. dostępnych było 109 miejsc szkoleniowych umożliwiających zdobycie specjalizacji, a w trakcie jej zdobywania było 68 lekarzy. W połowie 2011 roku w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w Polsce zatrudnionych było 242 geriatrów. Liczba ta jest dość niska, nie można jednak zapominać, że geriatryka jest specjalizacją szczegółową. Schorzeniami osób starszych w największej mierze zajmują się lekarze specjaliści posiadający specjalizacje podstawowe,

przede wszystkim interniści, neurologi oraz lekarze medycyny rodzinnej, których liczba jest znacznie większa (niemal 30 tysięcy lekarzy wykonujących zawód w jednej ze wskazanych dziedzin).

Rodzaj podmiotu	Liczba lekarzy
Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	2176
Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży	68
Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	184
Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci wentylowanych mechanicznie	23
Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zespołach długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	582
Łączna liczba lekarzy zatrudnionych w zespołach długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	298

Tabela 6. Liczba lekarzy zatrudnionych w opiece długoterminowej w 2012 r. - dane NFZ

I.5.2.3 NOWE ZASOBY LUDZKIE W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ – OPIEKUN MEDYCZNY

W obliczu narastających potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych starzejącego się społeczeństwa w sytuacji niedoboru kadr specjalistycznych i niedoboru środków oraz niskiego poziomu edukacji zdrowotnej na wszystkich jej szczeblach należy podjąć działania edukacyjne mające na celu kształcenia personelu wspomagającego.

Pielęgnowanie najczęściej ukazywane jest jako jedna z funkcji pielęgniarstwa, ale nie można pominąć faktu, że funkcja ta jest przypisana także innym zawodom, takim jak opiekun medyczny. Zgodnie z podstawową programową opiekun medyczny przygotowany jest do wykonywania zabiegów higienicznych i utrzymania aktywności ruchowej pacjenta. Liczba absolwentów rocznika 2010/2011 w zawodzie opiekun medyczny wyniosła 2958, natomiast nabór w ww. zawodzie na rok szkolny 2011/2012 wyniósł 7459 osób.

I.5.3. SPECYFICZNE ZAGADNIENIA W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Ból przewlekły

Każdy chory cierpiący z powodu bólu ma prawo do odpowiedniego leczenia, a warunkiem skutecznego leczenia jest rozpoznawanie i regularne monitorowanie dolegliwości bólowych.

Przewlekły ból, zwłaszcza w starości, nasila zaburzenia poznawcze, zaburzenia zachowania, zaburzenia snu i odżywiania, a przede wszystkim jest źródłem cierpienia chorego i główną przyczyną pogorszenia jakości życia. Powoduje również depresję, izolację społeczną, zmniejszenie mobilności, zwiększa ryzyko upadku i polipragmazji. Wiąże się także z koniecznością wzmożonej opieki pielęgniarstwa i ogólnym wzrostem kosztów opieki i leczenia. Problematyka rozpoznawania, leczenia i monitorowania bólu przewlekłego w opiece długoterminowej pozostaje ciągle niedostatecznie rozpowszechniona (w porównaniu np.: z opieką paliatywną nad chorymi z chorobą nowotworową). Główną przeszkodą w rozpoznawaniu bólu przewlekłego wydaje się ograniczenie lub brak kontaktu werbalnego, a zatem brak typowych skarg, szczególnie w przypadku pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy stanowią połowę chorych w opiece długoterminowej. Standardowe skale oceny bólu opierają się bowiem o samoocenę chorego.

Chorzy ze znacznie ograniczonym kontaktem słownym lub bez kontaktu werbalnego (pacjenci dementywni, z afazją poudarową, w stanach apalicznych) wymagają wnikliwej obserwacji i rejestracji ewentualnych zachowań bólowych i zaburzeń wegetatywnych mogących wskazywać na obecność dolegliwości bólowych. Szczególnie narażeni na cierpienie są chorzy ze schorzeniami i stanami potencjalnie bólowymi (odleżyny, przykurcze, złamania) oraz poddawani bolesnym procedurom medycznym (kaniulacja żył, cewnikowanie pęcherza moczowego, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych).

Ból w opiece długoterminowej powinien być postrzegany jako piąty parametr życiowy - ocena bólu należy do podstawowych zadań pielęgniarki w opiece długoterminowej. Ból powinien być rutynowo oceniany, monitorowany i dokumentowany wraz z podstawowymi parametrami fizjologicznymi chorego (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech i temperatura).

Standard rozpoznawania i oceny dolegliwości bólowych w opiece długoterminowej opisuje narzędzia do oceny i monitorowania bólu (skale oparte na samoocenie chorego oraz skale behawioralne przydatne u chorych z ograniczonym kontaktem werbalnym) i wskazuje na konieczność identyfikacji stanów potencjalnie bólowych oraz znaczenie współpracy z bliskimi chorego w obserwacji zmian zachowania pacjenta z utrudnionym kontaktem słownym.

Całościowa Ocena Geriatryczna

Dla najstarszych pacjentów opieki długoterminowej celowe jest przeprowadzanie całościowej oceny geriatrycznej (COG). Jest to wielowymiarowy i interdyscyplinarny (geriatra, pielęgniarka, fizjoterapeuta) proces diagnostyczny do określenia problemów zdrowotnych

i funkcjonalnych pacjenta. Szczególnymi wskazaniem są: 3 lub więcej punktów w skali VAS-13 lub krytyczny okres w życiu (stan po udarze, zawale, złamaniu szyjki kości udowej, poważnym zabiegu chirurgicznym). Całościowa Ocena Geriatryczna umożliwia określenie potrzeb i celów opieki oraz możliwych powikłań opieki, identyfikuje czynniki ryzyka powikłań. W skład takiej oceny powinna wchodzić, poza badaniem fizykalnym, ocena stanu psychicznego, ryzyka upadków, chodu i równowagi, stanu odżywienia, wzroku, słuchu.

CHARAKTERYSTYKA PROCEDURY	
nazwa świadczenia	<p>Całościowa Ocena Geriatryczna [COG] - wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny, kierowany przez specjalistę geriatry, w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości życia pacjenta geriatrycznego.</p> <p>Przez pacjenta geriatrycznego rozumie się chorego, który wg skali VES-13 uzyskuje przynajmniej 3 spośród 13 punktów. Skala ta przeznaczona jest do identyfikowania osób starszych zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia lub zgonem w przebiegu chorób zależnych od wieku.</p>
określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	Z uwagi na złożoną wielochorobowość typową dla wieku starszego nie ma potrzeby wyodrębniania listy szczególnych kodów ICD-10, natomiast ważne jest współlistnienie u jednego pacjenta przynajmniej 3 schorzeń, a zatem i kodów ICD-10 z różnych układów.
kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<p>Świadczenie dotyczy pacjentów hospitalizowanych w szpitalnych oddziałach opieki krótkoterminowej realizujących świadczenia geriatryczne.</p> <p>Pacjent winien uzyskać przynajmniej 3 punkty w skali VES-13; Pacjent z wielochorobowością minimum 3 chorób, każdej z innego układu ICD-10; W kolejnej hospitalizacji pacjent może podlegać kwalifikacji do świadczenia COG tylko wówczas, gdy jego stan w skali VES-13 ulegnie pogorszeniu o minimum kolejne 3 punkty w porównaniu z poprzednią kwalifikacją.</p>
specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	<p>Minimalny zakres procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia obejmuje:</p> <p><u>Wywiad</u> poszerzony o dane (również od opiekuna) z zakresu omdleń, upadków, wahań masy ciała w czasie, dysfunkcje zwieraczy, aktualnie zażywane leki; <u>Badanie fizykalne</u> poszerzone o elementy oceny neurologicznej, ocenę hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu; <u>Ocena funkcji:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> fizycznych (skala Barthel lub ADL i I-ADL) chodu i równowagi (skala Tinetti; test wstań i idź); emocjonalnych (15-punktowa Geriatryczna Skala Oceny Depresji); poznawczych (przynajmniej jedna z krótkich skal przesiewowych); <p>Procedury medyczne przeprowadzone w trakcie udzielania świadczenia dokumentuje się w historii choroby (karta całościowej</p>

	oceny geriatrycznej).
zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	<p>COG stanowi cenną dla lekarza rodzinnego procedurę, ponieważ dostarcza mu zwartej i popartej dowodami wiedzy na temat najważniejszych problemów zdrowotnych i wskazówek odnośnie dalszego postępowania i planów terapii pacjenta geriatrycznego.</p> <p>Zalecenia odnośnie dalszego programu leczenia winny być wymienione w informacyjnej karcie wypisowej, wydanej w dwóch kopiach pacjentowi. Jedną z nich powinien przekazać kierującemu lekarzowi rodzinnemu, aby ten przejął koordynację nad dalszymi planami terapii. W przyszłości, po elektronicznej integracji placówek leczniczych, dane o pacjencie i zalecenia będą przesyłane drogą elektroniczną do lekarza kierującego.</p>
oczekiwane wyniki postępowania	<p><u>Dla systemu:</u></p> <p>zmniejszenie wskaźnika rehospitalizacji; redukcja polifarmakoterapii; redukcja liczby wizyt wąskospecjalistycznych; redukcja kosztów opieki zdrowotnej</p> <p><u>Dla pacjenta:</u></p> <p>wczesne wykrywanie i leczenie problemów zdrowotnych umożliwiające wcześniejszą terapię i zapobieganie progresji niesprawności; redukcja niepożądanego działania leków dzięki właściwemu doborowi leków w wieku starszym; całościowe podejście do problemów zdrowotnych sprzyjające minimalizacji kontaktów z placówkami opieki zdrowotnej i zwiększeniu satysfakcji i jakości życia; wydłużenie przeżycia, poprawa satysfakcji i jakości życia.</p>
WARUNKI WYKONANIA	
średni czas udzielania świadczenia	Biorąc pod uwagę wszystkie elementy składające się na procedurę COG, średni czas jej udzielania można wyszacować średnio na 4 godziny. Może być on nieco krótszy lub dłuższy w zależności od stanu pacjenta i jego możliwości komunikacji, z uwzględnieniem ewentualnego kontaktu z opiekunem rodzinnym.
sprzęt i aparatura medyczna	<p>Procedura nie wymaga pozastandardowego wyposażenia oddziału.</p> <p>W znakomitej większości przypadków, poza obligatoryjnym udziałem specjalisty geriatry, wymagana jest współpraca przeszkolonego zespołu: pielęgniarskiego, fizjoterapeuty, psychologa klinicznego, a często również konsultujących specjalistów.</p>
warunki organizacyjne udzielania świadczeń	<p>Oddział geriatry lub oddział chorób wewnętrznych, pod warunkiem, że spełnia kryteria do kontraktowania świadczeń geriatrycznych.</p> <p>Oddziały szpitalne hospitalizujące pacjentów geriatrycznych, pod warunkiem konsultacji udzielanych przez zespół geriatryczny (specjalista geriatry wraz z pielęgniarką i fizjoterapeutą) również w przypadku tych zakładów opieki zdrowotnej, które nie dysponują oddziałem geriatry.</p>
zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	GERIATRIA oraz inne dziedziny medycyny pod warunkiem zlecenia tego świadczenia konsultującemu zespołowi geriatrycznemu z oddziału geriatry lub poradni geriatrycznej, a w przypadku braku takich jednostek – konsultacyjnemu zespołowi geriatrycznemu powołanemu w strukturze szpitala.
zastrzeżenia referencyjne dla	Specjalista z zakresu geriatry lub lekarz, który ukończył

świadczeniodawców wykonujących świadczenia (konieczne potwierdzenie uprawnień do wykonywania świadczenia)	przynajmniej rok specjalizacji w tej dziedzinie wraz fizjoterapeutą i pielęgniarką przeszkoloną w zakresie geriatryi.
---	---

Tabela 7. Charakterystyka procedury pn.: Całościowa Ocena Geriatryczna

COG stanowi podstawę standardów świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrya.¹ W Europie i na świecie COG (*Comprehensive Geriatric Assessment*) zdobyła ugruntowaną pozycję, a w wielu krajach weszła do rutynowej opieki geriatrycznej.

Zespoły otępienne

Otępienie, jako zespół objawów wywołanych chorobą o podłożu neurodegeneracyjnym, polegających na zaburzeniu wyższych funkcji korowych (pamięci, myślenia, orientacji, liczenia, planowania, abstrakcji), ogranicza, a następnie uniemożliwia codzienne funkcjonowanie, początkowo w zakresie złożonych czynności (zakupy, rozporządzanie pieniędzmi, gotowanie), a następnie podstawowych (utrzymanie higieny, ubieranie i rozbieranie się, kontrolowanie zwieraczy). Problemom tym często towarzyszą zaburzenia zachowania i emocji. Celem opieki jest jak najdłuższe zachowanie zdolności chorego do samoobsługi oraz zapewnienie bezpieczeństwa (nadzór, odpowiednie warunki lokalowe). Farmakoterapia, a przede wszystkim rehabilitacja czynnościowa, reedukacja, terapia zajęciowa, trening pamięci pozwalają na spowolnienie postępu choroby. Wskazane jest także organizowanie kwalifikowanych ośrodków opieki dziennej dla pacjentów z chorobami otępiennymi (np.: w formule środowiskowych domów samopomocy), a tym samym odciążenie opiekunów rodzinnych i dłuższe utrzymanie chorego w środowisku domowym (zmniejszenie ryzyka trwałej instytucjonalizacji). Chorzy z otępieniem są grupą charakteryzującą się największym ryzykiem objęcia opieką instytucjonalną. Choroba przebiega u różnych chorych w różnym tempie, ale ma charakter przewlekły, postępujący, nieuleczalny i prowadzi do śmierci. Zapewnienie opieki długoterminowej chorym z otępieniem musi uwzględniać naturalny przebieg tej choroby, zatem musi uwzględniać także jej fazę terminalną. W końcowej fazie wiąże się z przewlekłym unieruchomieniem, uzależnieniem od opiekuna w zakresie wszystkich czynności dnia codziennego, utratą zdolności świadomego decydowania o swoim zdrowiu i życiu. Niezwykle ważna jest jakość życia chorego a jej wykładnikami jest poczucie godności, bezpieczeństwa, spokoju i wolności od uciążliwych objawów. Chorzy z otępieniem są najczęściej zaawansowani wiekiem, mają liczne schorzenia przewlekłe, są leczeni za pomocą licznych preparatów, mają większe

¹ Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatryi w Polsce opublikowane w Gerontologii Polskiej 2005, 13, 2, s. 67-83

ryzyko niedożywienia, upadku, zaostrzenia schorzeń przewlekłych, hospitalizacji. Zadania związane z opieką nad tymi chorymi to przede wszystkim identyfikacja chorych z otępieniem (diagnostyka, rozpoznawanie), ustalenie, na wstępie opieki, preferencji chorego i jego rodziny w zakresie postępowania leczniczego oraz - jeśli to możliwe - ustalenie granic leczenia oraz wdrożenie procedur leczniczych.

Majaczenie, czyli ostra zmiana stanu świadomości u chorych w opiece długoterminowej.

Majaczenie (zespół majaczeniowy, delirium, ostry zespół mózgowy) – zespół zaburzeń świadomości, któremu towarzyszą iluzje, omamy wzrokowe, słuchowe, dotykowe i inne oraz lęk i pobudzenie psychomotoryczne, zaburzenia snu. Orientacja autopsychiczna jest zazwyczaj zachowana, allopsychiczna zaś bywa zazwyczaj zaburzona. Po przemianieniu stanu majaczeniowego stwierdza się zwykle częściową lub całkowitą niepamięć okresu chorobowego. Stany majaczeniowe spotyka się w wielu chorobach somatycznych: np. ciężkich infekcjach przebiegających z wysoką gorączką, zatruciach, mocznicy, niewydolności wątroby, urazach, odwodnieniu (zwłaszcza u osób w wieku podeszłym).² Ponieważ jest to ostry i zmieniający się stan zaburzeń obejmujący uwagę, świadomość, myślenie o charakterze potencjalnie odwracalnych i poważnych klinicznych następstw; powoduje zwiększenie chorobowości, śmiertelności, liczby powikłań, kosztów opieki a nierozpoznane może prowadzić do śmierci. Podstawowe zadania to identyfikacja chorych o zwiększonym ryzyku majaczenia (upośledzenie funkcji poznawczych, otępienie, podeszły wiek, liczne ciężkie schorzenia przewlekłe, niedosłuch, niedowidzenia, polifarmakoterapia, leczenie za pomocą leków psychoaktywnych) oraz prewencja majaczenia (odżywianie, nawodnienie, unikanie przymusu bezpośredniego, rehabilitacja, protezowanie niedosłuchu i niedowidzenia, redukcja polifarmakoterapii, unikanie procedur inwazyjnych: cewnikowanie pęcherza), rozpoznanie majaczenia, zapewnienie bezpieczeństwa choremu z majaczeniem, odpowiedniego nawodnienia i pilna konsultacja lekarska, ustalenie przyczyny majaczenia (zaburzenia elektrolitowe, odwodnienie, infekcja, ból, działanie niepożądane leków, zaostrzenie schorzeń przewlekłych, stres, uraz, ostre schorzenie internistyczne, terapia przyczynowa i objawowa majaczenia, raportowanie majaczenia i jego przyczyny, uwzględnienie, że zmiana środowiska oraz procedury szpitalne mogą spowodować

² Adam Bilikiewicz: Organiczne zaburzenia psychiczne; Adam Bilikiewicz (red.): *Psychiatria. T. II Psychiatria kliniczna*, Wrocław: Urban&Partner, 2002, s. 108-110. [ISBN 8387944726](https://www.isbn-international.org/view/title/8387944726).

pogorszenia stanu chorego, edukacja personelu medycznego w zakresie wczesnego rozpoznawania majaczenia.

Leczenie żywieniowe

Leczenie żywieniowe jest postępowaniem lekarskim obejmującym ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze, zlecenie i podawanie odpowiednich dawek energetycznych, białka, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody w postaci zwykłych produktów odżywczych, płynnych diet doustnych lub sztucznego odżywiania, monitorowanie stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia. Leczenie żywieniowe jest integralną częścią terapii, prowadzoną w celu poprawy lub utrzymania stanu odżywienia lub prawidłowego rozwoju, poprawy rokowania i przyspieszenia wyleczenia lub w celu umożliwienia stosowania innych metod leczenia. Problemy leczenia żywieniowego w opiece długoterminowej obejmują: prawidłową identyfikację chorych niedożywionych, określenie wskazań do poszczególnych interwencji żywieniowych: żywienia drogą przewodu pokarmowego (żywienia dojelitowego), żywienia pozajelitowego oraz żywienia mieszanego, planowanie i realizację interwencji żywieniowej, monitorowanie leczenia żywieniowego, zapewnienie jakości leczenia żywieniowego. Postępowanie mające na celu identyfikację chorych niedożywionych, aby było prawidłowe z medycznego punktu widzenia powinno przybrać formę kompleksowego postępowania obejmującego analizę wywiadu klinicznego, żywieniowego i terapeutycznego, badanie fizykalne, pomiary antropometryczne, ocenę wyników badań laboratoryjnych i obrazowych oraz ocenę sprawności fizycznej. Ocena stanu odżywienia może być wykonana przy pomocy przesiewowej oceny stanu odżywienia, która opiera się na prostych i szybkich metodach, pozwalających na identyfikację wszystkich lub prawie wszystkich chorych z podwyższonym ryzykiem wystąpienia powikłań w związku z zaburzeniami stanu odżywienia. W celu prawidłowego zakwalifikowania pacjenta do odpowiedniej formy leczenia żywieniowego przed jego rozpoczęciem należy określić potrzeby żywieniowe chorego uwzględniając stan odżywienia, wydolność życiowo ważnych układów i narządów, współistniejące choroby i aktywność ruchową, a u dzieci i młodzieży także zapotrzebowanie związane z rozwojem fizycznym. Należy również określić przewidywany czas i metodę odżywiania, a także bezpośrednie i odległe cele leczenia.

Przed rozpoczęciem leczenia żywieniowego należy opracować plan leczenia, określający cel leczenia żywieniowego i sposób jego realizacji, który w zależności od zmieniających się potrzeb jest modyfikowany i uzupełniany. Plan leczenia powinien zawierać: cele leczenia

żywieniowego, skład mieszaniny odżywczej podawanej dożylnie lub dojelitowo, szybkość i częstotliwość podawania mieszaniny odżywczej, metody przygotowywania i podawania mieszanin odżywczych, zasady postępowania z urządzeniem zapewniającym dostęp do żyły lub do przewodu pokarmowego, sprzętem, preparatami odżywczymi i pomocniczymi, plan monitorowania biochemicznego i badań kontrolnych.

Skład mieszaniny odżywczej powinien pokrywać zapotrzebowanie chorego na substancje odżywcze i nie przekraczać możliwości metabolicznych jego ustroju - należy go dostosować do choroby i stanu pacjenta. Skład ten należy modyfikować odpowiednio do zmian stanu metabolicznego, choroby, drogi podawania oraz stosowanych innych leków. Należy wybrać najbezpieczniejszą i najbardziej skuteczną drogę dostępu, zapewniającą pokrycie potrzeb żywieniowych chorego, przy czym priorytetowym jest wykorzystanie drogi przewodu pokarmowego, czyli żywienie doustne, dożołądkowe lub dojelitowe. Wraz z postępowaniem leczenia, poprawą stanu zdrowia lub wchłaniania jelitowego, droga podawania substancji odżywczych powinna zmieniać się z pozajelitowej na dojelitową lub doustną.

Chory żywiony pozajelitowo lub dojelitowo powinien być monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego. Monitorowanie powinno odbywać się zgodnie z indywidualnym planem leczenia, określającym terminy badań kontrolnych, i obejmować stan ogólny i stan metaboliczny chorego, ze szczególną oceną tych narządów i układów, których czynność może ulec upośledzeniu z powodu prowadzonego leczenia lub choroby podstawowej.

Wentylacja mechaniczna

Wentylacja mechaniczna jest świadczeniem realizowanym zarówno w zakładzie opiekuńczym dla świadczeniobiorców dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, jak również w warunkach domowych. Obejmuje ona zapewnienie całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomagania oddechu u świadczeniobiorców z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej lub okresowej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii. Świadczeniami zespołu długoterminowej opieki domowej objęci są pacjenci, którzy jednocześnie posiadają odpowiednie warunki domowe i rodzinę/opiekunów przeszkolonych w zakresie obsługi aparatury medycznej, pielęgnacji i udzielania pierwszej pomocy - aby zapewnić choremu odpowiedni poziom bezpieczeństwa podczas stosowania terapii. Aby pacjent wentylowany mechanicznie mógł zostać objęty

opieką zespołu długoterminowej opieki domowej, konieczne jest skierowanie wystawione przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii w oddziale szpitalnym, oraz spełnienie dwóch warunków: chory powinien mieć zakończone i udokumentowane leczenie przyczynowe, chory powinien być w pełni zdiagnozowany, mieć wykonane wszelkie niezbędne badania, które uzasadniają rozpoznanie i potwierdzają, iż jedyną możliwą terapią jest wentylacja mechaniczna.

Fizjoterapia

Celem postępowania fizjoterapeutycznego w opiece długoterminowej są działania zmniejszające zaburzenia występujące w wyniku patologii lub zmian będących skutkiem procesu starzenia lub unieruchomienia. Postępowanie fizjoterapeutyczne powinno stanowić stałą składową procesu leczenia i opieki. Stosowanie tego postępowania jest potrzebne u osób objętych opieką długoterminową, które:

- z powodu występujących schorzeń mają ograniczoną sprawność fizyczną, psychiczną czy społeczną,
- powinny zwiększyć aktywność fizyczną celem zapobiegania zmianom inwolucyjnym związanym z wiekiem czy unieruchomieniem,
- powinny zwiększać swoją aktywność ruchową po okresie czasowego jej ograniczenia.

Realizacja postępowania fizjoterapeutycznego oraz wykonywanie czynności życia codziennego pod kontrolą fizjoterapeuty stwarza możliwość odzyskania sprawności potrzebnej pacjentowi do samodzielnego funkcjonowania w czasie, gdy jest objęty opieką długoterminową. Odpowiednio dobrane i realizowane postępowanie wpływa też na ograniczenie negatywnych psychicznych skutków występujących zarówno w wyniku zmian inwolucyjnych czy patologii, poprawia także stan emocjonalny (np.: przez poprawę samooceny czy zmniejszenie lęku przed upadkiem). Pacjent może nauczyć się radzenia sobie z sytuacjami stresującymi (np.: jak pokonać przeszkodę). Wielokrotnie też osoby objęte opieką długoterminową podczas realizacji postępowania fizjoterapeutycznego zaczynają realistycznie oceniać swoje możliwości, jeżeli chodzi o sprawność funkcjonalną czy lokomocję. Należy również pamiętać, że regularna i dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta aktywność fizyczna uzyskiwana w trakcie postępowania fizjoterapeutycznego zwiększa szanse na lepszą jakość życia osób objętych opieką długoterminową.

Należy wprowadzić standardy postępowania fizjoterapeutycznego w opiece długoterminowej,

w których powinno się opisać między innymi świadczenia fizjoterapeutyczne dla osób

przewlekłe chorych i niesamodzielnych, oraz opiekę nad tymi pacjentami pomiędzy fazą ostrą (szpital), a zorganizowaną opieką stacjonarną, a także postępowanie fizjoterapeutyczne w warunkach domowych. Należy także uściślić zakres i rodzaj świadczeń diagnostycznych, zapobiegawczych oraz leczniczych. Bardzo istotną kwestią jest stworzenie lub zaadaptowanie odpowiednich narzędzi badawczych (testy, skale) oceniających pacjentów i pozwalających na monitorowanie kosztów postępowania fizjoterapeutycznego i rehabilitacji w opiece długoterminowej.

Zakażenia

Niezwykle istotnym problemem jest kwestia tzw. zakażeń szpitalnych, które stanowią zespół różnych chorób, mających jedną wspólną cechę - specyficzne powiązanie ze środowiskiem szpitalnym, a w tym przypadku zakładem opiekuńczym. Zakażenie szpitalne to zakażenie, które nastąpiło w miejscu hospitalizacji lub stałego/czasowego pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczym, które ujawniło się podczas hospitalizacji lub po wypisaniu pacjenta i zostało spowodowane przez udokumentowany epidemiologicznie czynnik chorobotwórczy pochodzący od innego chorego lub pracowników albo przez endogenne czynnik mikrobiologiczny. Zakażenia te mogą występować stale z częstotliwością charakterystyczną dla danego podmiotu lub pojawić się gwałtownie, jako ognisko zachorowań. Typowe jednak są zakażenia egzogenne (krzyżowe) mające swoje źródło w przeniesieniu na pacjenta czynnika zakaźnego z innego chorego, osoby z personelu czy ze środowiska szpitalnego. Zakażenia szpitalne endogenne są spowodowane własną mikroflorą chorego.

I.6. PODSUMOWANIE

Obserwowany postępujący proces starzenia się społeczeństwa, nieodłącznie wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zaznaczyć jednak należy, iż trudno jest określić dokładnie liczbę osób, które na chwilę obecną wymagają wsparcia w zakresie opieki długoterminowej zarówno opieki realizowanej w systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. System ochrony zdrowia realizuje opiekę długoterminową w warunkach stacjonarnych i domowych, zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci. W obecnym systemie kryterium kwalifikującym do świadczeń opieki długoterminowej (z wyjątkiem dzieci do lat 3) poza stanem zdrowia jest niesprawność czynnościowa określona w skali Barthel na 0-40 pkt, bez żadnych dodatkowych, szczegółowych kryteriów związanych ze stanem klinicznym

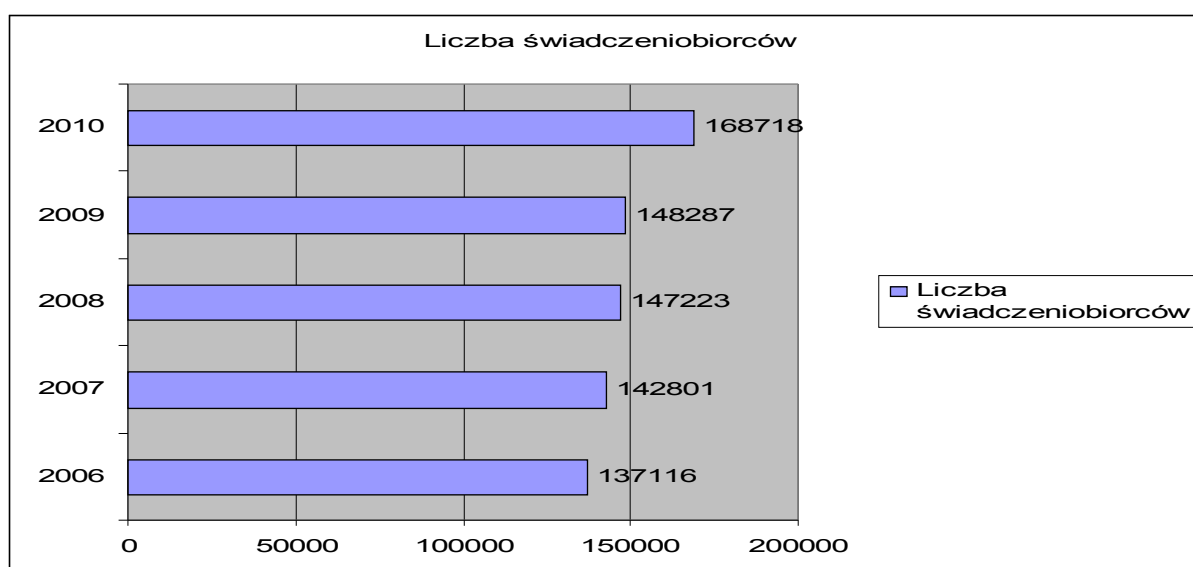
chorego, określających zapotrzebowanie na specjalistyczną pielęgnację i inne świadczenia medyczne. W związku z tym konieczna jest zmiana kryteriów i uwzględnienie właściwego rozróżnienia potrzeb pacjentów przy kwalifikacji do opieki długoterminowej oraz algorytmu wyceny świadczeń - nie jest możliwa poprawa dostępności opieki długoterminowej dla chorych w najcięższym stanie czynnościowym i klinicznym, nawet przy znacznym zwiększeniu liczby łóżek opieki długoterminowej – bez poprawy finansowania.

Opieka długoterminowa realizowana w ramach pomocy społecznej obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby, dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej oraz w rodzinnych domach, dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym.

Łączna liczba osób objętych instytucjonalną formą wsparcia wynosi w ciągu roku około 130 tys. osób, w tym z pomocy społecznej w zakresie usług opiekuńczych korzysta około 78 tys. osób. Opieka długoterminowa stacjonarna realizowana przez sektor ochrony zdrowia obejmuje rocznie ponad 52 tys. osób.

W ramach systemu finansowanego ze środków publicznych funkcjonują w Polsce 442 podmioty realizujące stacjonarną opiekę długoterminową w systemie ochrony zdrowia. Natomiast w systemie pomocy społecznej funkcjonują 824 domy pomocy społecznej.

Według danych GUS wzrost liczby pacjentów w latach 2006 – 2010 przedstawiony został na Wykresie 9.



Powyższe dane wskazują, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w ostatnim 10-leciu rośnie i będzie rosło. Szacuje się, iż w 2014 roku liczba pacjentów w opiece długoterminowej wyniesie ok. 200 tys. Biorąc pod uwagę przyspieszenie trendu starzenia się społeczeństwa oraz prognozy demograficzne, należy założyć, iż do roku 2030 liczba pacjentów co najmniej podwoi się i może sięgnąć nawet pół miliona osób.

Polski system opieki długoterminowej realizowanej zarówno przez sektor pomocy społecznej, jak i sektor ochrony zdrowia jest dość różnorodny zarówno pod względem organizacyjnym, jak i sposobu finansowania. Poważnym problemem tych dwóch odrębnych systemów jest brak koordynacji i współpracy między poszczególnymi podmiotami pomocy społecznej i ochrony zdrowia, w tym braku informacji o ofercie danych usług i świadczeń. Poza tym, kolejnym problemem jest skomplikowany sposób ich przyznawania, nieczytelność przepisów bądź niedostępność pośredniczącego pracownika socjalnego, bariery psychologiczne przy korzystaniu z tzw.: „opieki społecznej”.

KIERUNKI ROZWOJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

Dokumentem wytyczającym kierunki działań na rzecz zapewnienia właściwej opieki osobom w podeszłym wieku oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych jest **Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007 –2013**, przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku, w której określono cele operacyjne a wśród nich cele poświęcone działaniom zmierzającym do zapewnienia właściwej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku oraz działaniom ukierunkowanym na poprawę dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatric, opieki długoterminowej, poprzez :

- 1) przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo – leczniczych, z uwzględnieniem standardów opieki geriatric, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku,
- 2) organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym,
- 3) rozwój infrastruktury opieki geriatric i długoterminowej,
- 4) integrację funkcjonalną opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych,

- 5) rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych w szczególności z zakresu geriatrici do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym,
- 6) wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym,
- 7) rozwój infrastruktury umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w podeszłym wieku.

Innym dokumentem określającym kierunki działań na rzecz poprawy zdrowia jest **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 –2015**, również przyjętym przez Radę Ministrów w dniu 15 maja 2007 r. Profil zadań programowych adresowanych do poszczególnych populacji, w tym i do osób starszych i niepełnosprawnych został zamieszczony w celu operacyjnym: tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

Poza tym dwoma dokumentami Ministra Zdrowia w **rozporządzeniu z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych** uwzględnił również opiekę długoterminową, która została wpisana jako priorytet mający na celu poprawę jakości życia osób niesamodzielnych, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności. Poza tym w rozporządzeniu tym uwzględniono problem starzejącego się społeczeństwa, jako działania mające na celu poprawę jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

II.1. PERSPEKTYWY WZROSTU ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Obserwowany w Polsce postępujący proces starzenia się społeczeństwa i wzrost liczby osób przewlekle chorych szczególnie wśród osób starszych, stawia przed opieką zdrowotną nowe wyzwania związane z zapewnieniem, coraz większej liczbie osób, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa, systematycznie rosnącą populację osób niesamodzielnych oraz z uwagi na fakt, iż opieka zapewniana obecnie jest postrzegana jako niewystarczająca i nieodpowiednia do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb, a tym samym zapewnienia odpowiednich warunków życia dla pacjentów z niej korzystających, uznano, iż zwiększenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową stanowi olbrzymie wyzwanie. Aby umożliwić właściwe świadczenie usług zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej, konieczne jest:

- 1) **zapewnienie równego dostępu do długoterminowej opieki zdrowotnej uzależnionej od stopnia niesamodzielności;**
- 2) **zapewnienia właściwej jakości opieki długoterminowej;**
- 3) **dostosowania opieki długoterminowej do zmieniających się potrzeb i preferencji społeczeństwa i jednostek;**
- 4) **zrównoważonego finansowania poprzez racjonalne wykorzystanie zasobów, a zwłaszcza poprzez stosowanie odpowiednich zachęt dla użytkowników i dostawców;**
- 5) **dobre zarządzanie i skoordynowanie działań systemów opieki zdrowotnej - instytucji publicznych i prywatnych;**
- 6) **monitorowanie efektywności działania opieki długoterminowej.**

Patrząc na wzrastające zapotrzebowanie społeczne na świadczenia o charakterze opieki długoterminowej należy podkreślić, że ważnym elementem przyszłych i planowanych działań, w tym obszarze powinno być dążenie do stworzenia spójnej koncepcji opieki nad osobami niesamodzielnymi. Poza tym biorąc pod uwagę przewidywany wzrost zachorowań na choroby przewlekłe oraz stale zmniejszającą się sprawność opiekuńczą rodziny, konieczne jest zwrócenie uwagi również na zakres opieki i rolę jaką mają do spełnienia w systemie opieki zdrowotnej lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarze geriatrycy i specjaliści z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Ponadto niezwykle istotną kwestią wydaje się być usprawnienie współpracy pomiędzy poszczególnymi dziedzinami medycyny, jak i podmiotami realizującymi zadania pomocy społecznej na rzecz osób niesamodzielnymi, co może przyczynić się do rozwiązania problemów zdrowotnych i społecznych, jakie dzisiaj zauważamy w opiece długoterminowej. Niezwykle istotnym z punktu widzenia przyszłej perspektywy w opiece długoterminowej wydaje się być zmiana systemu kwalifikowania do szeroko pojętej opieki długoterminowej, jak również zmiana systemu funkcjonowania pacjentów w tej opiece, a co za tym idzie systemu należnych świadczeń opieki zdrowotnej, jak i usług opiekuńczych oraz socjalno-bytowych.

Opieka długoterminowa stanie się jednym z najważniejszych wyzwań dla systemu zabezpieczenia społecznego obywateli już w perspektywie kilku najbliższych lat. Zmiany w stylu życia oraz zmiany modelu współczesnych rodzin wskutek wzrostu aktywności zawodowej kobiet i wydłużenia wieku emerytalnego prowadzić będą do stopniowego osłabienia funkcji opiekuńczej rodziny. Jednocześnie, proces transformacji demograficznej prognozuje znaczny przyrost osób w wieku starszym, szczególnie obarczonych ryzykiem niesamodzielności. Jest ich obecnie ponad 6,5 mln, a w roku 2030 będzie ich ponad 9 mln (blisko 24 % społeczeństwa Polski).

Poniższe czynniki w sposób istotny będą determinowały sposób organizacji i funkcjonowania opieki długoterminowej:

Nowe grupy użytkowników (pacjentów opieki długoterminowej)

Istotny wzrost liczby pacjentów z różnym stopniem upośledzenia funkcji poznawczych i ruchowych oraz większy zakres problemów zdrowotnych i społecznych wymagać będzie różnych zawodowych kwalifikacji, stworzenia i unowocześnienia form opieki długoterminowej oraz przyjęcia perspektywy całego cyklu życiowego w ofercie opieki długoterminowej. Nową grupą beneficjentów są także dzieci po ciężkich schorzeniach wieku noworodkowego, w tym skrajnego wcześniactwa, wad wrodzonych oraz innych jednostek chorobowych zagrażających życiu, których następstwem jest różnie nasiloną niepełnosprawność i wielochorobowość, zmieniające swój obraz i profil zapotrzebowania na świadczenia i wsparcie społeczne w kolejnych okresach życia osoby leczone. Liczną grupą beneficjentów będą osoby w wieku bardzo sędziwym (osoby powyżej 85 roku życia), których liczba do 2030 roku podwoi się. Należy także wskazać liczną grupę potencjalnych beneficjentów, tj.: osób dorosłych, które z uwagi na obciążenia chorobowe, głównie chorobami przewlekłymi, postępującymi, nierzadko z wielochorobowością utraciły zdolność do samodzielnej egzystencji a stopień uzależnienia od kwalifikowanej opieki medycznej wzrasta.

Choroby typowe dla wieku podeszłego

Rosnący odsetek osób najstarszych będzie wymagał rozszerzenia wiedzy i poprawy specjalistycznej opieki nad chorymi na typowe schorzenia wieku podeszłego, ze szczególnym naciskiem na otępienie. Po 80-tym roku życia choroba ta dotyczy niemal co drugiej osoby; każda w ostatniej fazie choroby będzie wymagała wsparcia ze strony opiekunów rodzinnych lub formalnej opieki długoterminowej. Niewydolność opiekuńcza rodzin osób z głębokim otępieniem stanowi najczęstszy powód kosztownej instytucjonalizacji. Opieka stacjonarna nad tą grupą pacjentów wymaga specjalistycznego przygotowania, a profesjonalna domowa opieka długoterminowa daje szanse na jej odwleczenie. Z tego też powodu właściwie zorganizowana opieka domowa jest jednym z głównych obszarów zmian planowanych w opiece długoterminowej.

Niewydolność opiekunów rodzinnych

W wyniku zmian w strukturze wiekowej ludności nastąpi brak znaczącego wzrostu w dostępnych zasobach kadrowych oraz potencjalnych społecznych dostawców usług opiekuńczych. Stabilna opieka rodzinna stanowi alternatywę dla deficytowych usług sektora publicznego, prognozowany niedobór opiekunów rodzinnych będzie wymagał od świadczeniodawców wspierania tej nieformalnej opieki.

Nadzór medyczny

Istnieje potrzeba poprawy medycznego i multidyscyplinarnego nadzoru odbiorców usługi opieki domowej i osób przebywających w zakładach opiekuńczych (chorych) oraz innych pozaszpitalnych jednostkach opiekuńczych.

Aktywna opieka

Większość badań wskazuje, że takie elementy wsparcia jak: informacja, wsparcie w codziennych czynnościach, w tym przyjmowanie posiłków, warunki społeczne, ale także niedostateczna opieka medyczna, stanowią największe niedociągnięcia obecnej oferty opieki długoterminowej. Braki te wymagają poszerzenia zakresu działalności usługowej z uwzględnieniem miejsca dla bardziej wymagających lub bardziej potrzebujących grup odbiorców w celu zwiększenia oferty usług i nadania opiece bardziej aktywnego profilu.

II.1.1. RÓWNY DOSTĘP DO DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

W celu zapewniania równego dostępu do opieki długoterminowej zapewniającej nie tylko opiekę medyczną ale również dostęp do usług socjalnych, uzależnionych od stopnia niesamodzielności, konieczna jest:

- 1) weryfikacja wykazu świadczeń gwarantowanych w opiece długoterminowej oraz rozważenie w przyszłości stworzenia zintegrowanego systemu opieki długoterminowej (system ochrony zdrowia w ścisłej współpracy/koordynacji/ z usługami opiekuńczymi i socjalnymi, z uwzględnieniem ich zróżnicowania w zależności od stopnia niesamodzielności oraz kryteriów poza medycznych;
- 2) zmiana zasad kwalifikacji do opieki długoterminowej z udziałem Narodowego Funduszu Zdrowia (potwierdzanie i weryfikacja pod kątem właściwej formy opieki) oraz rozważenie w przyszłości przeniesienia kwalifikacji pacjentów do medycznej opieki długoterminowej oraz innych form wsparcia realizowanych przez interdyscyplinarne zespoły koordynujące, w skład których poza płatnikiem świadczeń powinni wejść

przedstawiciele Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie raz Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności;

- 3) modyfikacja lub zastąpienie obecnych kryteriów oceny funkcjonowania osób niesprawnych w celu określenia wskazań do świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, w tym przygotowanie kryteriów oceny stanu zdrowia i stanu funkcjonalnego pacjentów uwzględniających ocenę niesprawności czynnościowej oraz ewentualnych zaburzeń poznawczych;
- 4) w przyszłości zdefiniowanie pojęcia „niesamodzielność” będącego jednocześnie kryterium uzyskania odpowiedniego do stopnia niesamodzielności wsparcia, w tym odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) zmiana zasad ponoszenia odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania wprowadzając rozwiązania podobne do przepisów ustawy o pomocy społecznej.

II.1.2. ZAPEWNIENIE WŁAŚCIWEJ JAKOŚCI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zapewnienia właściwej jakości opieki długoterminowej wymaga:

- 1) dokonania zmian organizacyjnych opieki długoterminowej z wykorzystaniem już istniejących instytucji i struktur organizacyjnych, bez konieczność ponoszenia dodatkowych nakładów finansowych na budowanie odrębnych struktur, wraz z dookreśleniem rodzaju/form opieki (opieki domowej, opieki dziennej, opieki stacjonarnej);
- 2) określenia minimalnych standardów dla poszczególnych rodzajów usług opieki długoterminowej, zapewniających właściwą jakość, w tym:
 - a) umożliwienie płatnikowi podejmowania decyzji o rodzaju świadczeń, pozostawiając prawo pacjenta (lub opiekuna prawnego) do wyboru konkretnego świadczeniodawcy;
 - b) w przyszłości umożliwienie zespołom interdyscyplinarnym koordynację opieki pomiędzy sektorami.

II.1.3. DOSTOSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DO ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB I PREFERENCJI

W celu dostosowania opieki długoterminowej do zmieniających się potrzeb i preferencji konieczne jest stworzenie „elastycznych” warunków dla rozwoju opieki długoterminowej, poprzez zapewnienie:

- 1) stworzenie mechanizmów finansowych (np. fundusze europejskie, zmiana systemu kontraktowania) rozwoju infrastruktury opieki geriatrycznej i długoterminowej, umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych i socjalnych,
- 2) rozwoju kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych i personelu pomocniczego, jak również nieprofesjonalistów (rodzina sprawująca opiekę);
- 3) upowszechnianie domowej opieki długoterminowej i zapewnienie wielostronnej opieki i pomocy osobom przewlekle chorym i ich opiekunom.

II.1.4. ZRÓWNOWAŻONE FINANSOWANIE POPRZEZ RACJONALNE WYKORZYSTANIE ZASOBÓW

W celu zrównoważenia finansowania świadczeń i usług opieki długoterminowej poprzez racjonalne wykorzystanie zasobów, konieczne jest skonsolidowanie działań - a tym samym dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb w zakresie opieki długoterminowej:

- 1) zapewnienie odpowiedniego finansowania świadczeń (konieczna analiza rachunku kosztów);
- 2) zwiększenie nakładów finansowych na opiekę długoterminową poprzez :
 - a) rozważenie przesunięcia środków finansowych pozostających w dyspozycji podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji kiedy pacjent został trwale objęty opieką długoterminową,
 - b) zmianę sposobu kwalifikacji świadczeniobiorców do wentylacji mechanicznej, w tym zróżnicowanie wymagań dotyczących personelu oraz warunków udzielania świadczeń gwarantowanych - rozdzielenie inwazyjnej i nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej pacjentów wraz z przeniesieniem finansowania w ramach zaopatrzenia medycznego w wyroby medyczne w przypadku pacjentów wymagających czasowego zabezpieczenia świadczeń (np. w przypadku schorzeń o niskiej dynamice rozwoju niewydolności oddychania - zespół hipowentylacji otyłych, bezdechy centralne – którzy wymagają jedynie zaopatrzenia ortopedycznego w tzw. „protezę powietrzną”). Poza oszczędnościami, zaproponowana zmiana spowoduje zwiększenie dostępu chorych do wentylacji mechanicznej oraz zmniejszenie kolejek osób oczekujących na świadczenie.

II.1.5. DOBRE ZARZĄDZANIE I SKOORDYNOWANIE DZIAŁAŃ SYSTEMÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ I POLITYKI SPOŁECZNEJ - INSTYTUCJI PUBLICZNYCH I PRYWATNYCH

W celu właściwego zarządzania oraz skoordynowania działań systemów opieki zdrowotnej i polityki społecznej, w tym instytucji publicznych i prywatnych, konieczne jest:

- 1) zintegrowanie funkcjonalne opieki zdrowotnej z opieką społeczną w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb,
- 2) wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym.

II.1.6. MONITOROWANIE EFEKTYWNOŚCI DZIAŁANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

W celu zapewnienia prawidłowej realizacji świadczeń konieczne jest:

- 1) przygotowywanie standardów kontroli jakości usług wykonywanych przez świadczeniodawców usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych;
- 2) wzmocnienie kontroli zakażeń oraz stosowanie Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, celem redukcji lekooporności i racjonalnego leczenia chorych;
- 3) wdrożenie systemu monitorowania realizacji świadczeń opieki długoterminowej i usług opiekuńczych i socjalnych.

II.2. PODSUMOWANIE

Celem opieki długoterminowej powinno być zabezpieczenie potrzeb obywateli, którzy stali się niesamodzielni w związku z chorobą, urazem lub wiekiem. Przy czym należy pamiętać, iż czynnikiem determinującym właściwe zabezpieczenie tego rodzaju świadczeń jest oczywiście stan finansów Państwa. Przedstawiona analiza stanu obecnego wyraźnie pokazuje, że obecny model wydatkowania polegający na wzroście wydatków w ciągu ostatnich trzech lat jest niemożliwy do utrzymania w przyszłości. Wydatki na opiekę długoterminową w latach 2005 – 2012 przedstawiały się następująco:

rok	Wykonanie kosztów świadczeń (tys. zł)	w tym wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, tzw. ustawa wedlowska (tys. zł)
2005	515 950	-
2006	578 043	28 776
2007	702 291	113 524
2008	911 956	112 066
2009	1 029 002	-
2010	1 163 548	-
2011	1 241 697	-
2012 (plan finansowy)	1 363 626	-

Tabela 8. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w latach 2005 – 2012 – dane NFZ - stan na 31 grudnia 2012 r.

Analiza wydatków prowadzi do dwóch spostrzeżeń:

- 1) kontrola kosztów usług ma kluczowe znaczenie dla ograniczenia gwałtownego wzrostu publicznych wydatków na opiekę długoterminową;
- 2) z powodu starzenia się społeczeństwa, świadczenia pieniężne stanowiąc będą poważne obciążenie dla budżetu w latach 20 obecnego wieku i po roku 2050.

Komisja Europejska, biorąc pod uwagę starzenie się populacji, prognozuje, że polska gospodarka będzie rozwijać się średnio w tempie 3,8% w drugiej dekadzie obecnego wieku. Później jednak tempo potencjalnego wzrostu gospodarczego w Polsce znacznie zmaleje. Komisja Europejska przewiduje, że w latach 2021-2040 średnie tempo wzrostu wynosić będzie tylko 1,7%, a po roku 2041 – zaledwie 0,4%. Po zastosowaniu trendu liniowego wobec powyższych prognoz na lata 2011-2060 otrzymujemy dane, z których wynika, że potencjalny wzrost gospodarczy w Polsce zmniejszy się o 0,42% do roku 2060, jednakże, biorąc pod uwagę malejący przyrost naturalny w tym okresie, rzeczywisty PKB per capita będzie wzrastał, choć w coraz mniejszym tempie. Połączenie liniowego trendu wzrostu PKB z prognozami dotyczącymi liczebności populacji pokazuje, że tempo wzrostu PKB per capita zmniejszy się z 3,6% w roku 2011 do 0,32% w roku 2060.

Gdyby realne wydatki na beneficjenta rosły w takim tempie, jak w ciągu ostatnich trzech lat, polski rząd musiałby przeznaczać niemal połowę PKB na opiekę długoterminową do roku 2060. Wzrost wydatków publicznych byłby napędzany wyraźnym zwiększeniem wydatków

na usługi, w szczególności na opiekę domową. Całkowite realne wydatki na opiekę długoterminową wzrosłyby z obecnych 13 mld zł do 30,5 mld w roku 2020, do 77,9 mld w roku 2030 i do 1.294 mld w roku 2060. Oznacza to średni roczny wzrost w wysokości 9,4%. Udział wydatków na usługi w PKB rósłby nadmiernie, w tempie 6% rocznie, a do roku 2060 tempo rocznego wzrostu osiągnęłoby poziom 10%. Udział wydatków na świadczenia pieniężne w PKB wzrósłby w bardziej umiarkowanym stopniu.

Liczba osób ze znacznymi trudnościami w samodzielnym funkcjonowaniu będzie w przyszłości rosła, podczas gdy liczba osób zdolnych do zapewnienia opieki zmniejszy się. Oznacza to również, że liczba osób, które mogłyby zapewnić opiekę nieformalną maleje, co z kolei sugeruje, że zapotrzebowanie na formalne (publiczne) usługi opieki długoterminowej znacznie wzrośnie. Obecnie w Polsce większość osób potrzebujących opieki długoterminowej objętych jest wyłącznie opieką nieformalną lub nie otrzymuje żadnego wsparcia, a wraz ze spadkiem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych, zapotrzebowanie na formalne usługi opiekuńcze wzrośnie. Będzie to wymagało głębokiej zmiany w polskim sektorze opieki długoterminowej. W celu wypracowania i zidentyfikowania priorytetów dla polskiej opieki długoterminowej Minister Zdrowia powołał Zespół ds. Opieki Długoterminowej, który nakreślił cele główne i szczegółowe, w tym między innymi:

- 1) zapewnienie osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym skoordynowanego wielostronnego wsparcia zdrowotnego oraz zapewnienie innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- 2) zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług w opiece długoterminowej;
- 3) rozwój badań naukowych w opiece długoterminowej i systemu informacji z zakresu stopnia zabezpieczania potrzeb;
- 4) zaproponowanie zmian w celu stworzenia zintegrowanego systemu prawnego, organizacyjnego i finansowego;
- 5) zapewnienie respektowania praw i bezpieczeństwa pacjenta przewlekle chorego i niesamodzielnego;
- 6) opracowanie narzędzi kwalifikujących do opieki długoterminowej.

oraz wybrane cele szczegółowe:

- a) w zakresie zapewnienia osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym skoordynowanej wielostronnej opieki zdrowotnej oraz zapewnienie innych form wsparcia i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym poprzez:

- skoordynowanie świadczeń zdrowotnych i społecznych w taki sposób, by opieka nad pacjentem miała charakter planowy, ciągły oraz adekwatny do potrzeb,
 - upowszechnianie i wdrażanie domowej opieki długoterminowej oraz zapewnienie wielostronnego wsparcia osobom przewlekle chorym i ich opiekunom,
 - tworzenie systemu współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób przewlekle chorych i niesamodzielnych,
 - rozwój infrastruktury adekwatnej do potrzeb poprzez tworzenie różnych form organizacyjnych opieki długoterminowej, w tym tworzenie i rozwój kształcenia opiekunów formalnych i nieformalnych.
- b) poprawa jakości świadczonych usług w opiece długoterminowej poprzez:
- standaryzację opieki długoterminowej
 - wdrożenie procedur dotyczących standaryzacji form opieki długoterminowej,
 - opracowanie systemu oceny jakości udzielanych świadczeń w opiece długoterminowej.
- c) rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu stopnia zabezpieczania potrzeb osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych między innymi poprzez:
- przekrojowe i długoterminowe epidemiologiczne oceny wybranych zbiorowości zagrożonych występowaniem niesamodzielności,
 - promocja i wspieranie badań naukowych w dziedzinie opieki długoterminowej,
 - unowocześnienie i poszerzenie zastosowania systemów statystyki medycznej i systemów informacyjnych.
- d) zintegrowanie i uporządkowanie systemu prawnego, organizacyjnego i finansowego w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej poprzez:
- jak najszybsze uzgodnienie niezbędnych zmian legislacyjnych pomiędzy resortem polityki społecznej i resortem zdrowia,
 - opracowanie systemu zintegrowanych świadczeń w opiece długoterminowej,
 - ustalenie zasad finansowania opieki długoterminowej.
- e) zapewnienie respektowania praw i bezpieczeństwa pacjenta przewlekle chorego i niesamodzielnego poprzez:
- sformułowanie rekomendacji odnoszących się do wymogu podmiotowego traktowania pacjenta i jego opiekuna,
 - stworzenie narzędzi do nadzoru i oceny respektowania praw pacjenta niesamodzielnego.

- f) opracowanie narzędzi kwalifikujących do opieki długoterminowej poprzez stworzenie kryteriów kwalifikujących pacjenta do tej opieki.

Biorąc pod uwagę powyższe, nakreślone przez Zespół cele, jak również zaproponowane w rozdziale II. Kierunki rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, nie ma wątpliwości, iż prawidłowo funkcjonujący sektor opieki długoterminowej wymaga odpowiednich zasobów finansowych. Jednak celem odpowiedzialnej polityki 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.

Tu należy zwrócić również uwagę na konieczność rozwoju opieki nieformalnej i zapewnianie, w miarę możliwości, opieki instytucjonalnej. Opieka instytucjonalna jest niezbędnym uzupełnieniem opieki nieformalnej i przez to wspiera tę pierwszą. Umożliwia to pacjentom jak najdłuższe pozostanie w domu i znacznie opóźnia instytucjonalizację, co sprzyja dobru pacjentów, a także pozwala zmniejszyć wydatki publiczne. W przyszłości można spodziewać się zwrotu kosztów tych inwestycji, w tym znaczeniu, że przyczyni się ona do obniżenia wydatków na bardziej kosztowną opiekę instytucjonalną.

Spis wykresów w dokumencie:

- 1) Wykres 1: Odsetek osób w wieku 65+ i 80+ w Polsce w latach 1980 – 2035 - dane PolSenior
- 2) Wykres 2: Osoby starsze zgłaszające zapotrzebowanie na pomoc osób drugich według grup wieku - dane PolSenior (badanie społeczne)
- 3) Wykres 3: Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej według wieku w 2012 r. – dane NFZ
- 4) Wykres 4: Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej według płci w 2012 r. – dane NFZ
- 5) Wykres 5: Struktura mieszkańców domów pomocy społecznej – w podziale na rodzaj domu - w 2012 r. – dane MPiPS
- 6) Wykres 6: Struktura mieszkańców domów pomocy społecznej - w podziale ze względu na wiek w 2007 r. - dane MPiPS
- 7) Wykres 7: Liczba pacjentów w opiece długoterminowej w latach 2006-2012 (dane GUS)

Spis tabel w dokumencie:

- 1) Tabela 1. Nazwa świadczenia oraz wycena osobodnia – uśrednione wyniki, bez podziału na województwa, stan na II półrocze 2012 r.
- 2) Tabela 2. Liczba oczekujących – stan na dzień 14 sierpnia 2012 r. - dane NFZ
- 3) Tabela 3. Liczba Domów Pomocy Społecznej w roku 2012– dane MPiPS
- 4) Tabela 4. Świadczenia pielęgniarstwa długoterminowej domowej w Domach Pomocy Społecznej w roku 2012 – dane MPiPS
- 5) Tabela 5. Świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej w Domach Pomocy Społecznej w roku 2012 – dane MPiPS
- 6) Tabela 6. Liczba lekarzy z uprawnieniami do realizacji świadczeń opieki długoterminowej w 2012 r. - dane NFZ
- 7) Tabela 7. Charakterystyka procedury pn.: Całościowa Ocena Geriatryczna
- 8) Tabela 8. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w latach 2005 – 2012 – dane NFZ - stan na 31 grudnia 2012 r.

Spis załączników:

- 1) Załącznik Nr 1 - Osiągalność opieki długoterminowej w ujęciu terytorialnym (z podziałem na województwa)
- 2) Załącznik Nr 2 - Statystyki dotyczące osób oczekujących w opiece długoterminowej - udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia – dane na dzień 14 sierpnia 2012 r.
- 3) Załącznik Nr 3 - Dostępność do opieki długoterminowej dla dzieci – dane statystyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia
- 4) Załącznik Nr 4 - Dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej dotyczące pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej
- 5) Załącznik Nr 5 – Dane dotyczące personelu pielęgniarskiego w opiece długoterminowej

Wykaz aktów prawnych regulujących zasady udzielania świadczeń opieki długoterminowej

- 1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.),
- 2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.),
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.),
- 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2012, poz. 731),
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2008 nr 81 poz. 484),
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. z 2009 r. Nr139, poz.1141 z późn. zm.).