



# **Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**

**Wydział Taryfikacji**

## **Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**

**Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń  
nr WT.541.49.2016**

data ukończenia 19.06.2017

**KARTA NIEJAWNOŚCI**

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy: Stowarzyszenie Solidarni „Plus”, Towarzystwo Przyjaciół Domu Ciepła, Grupa Zdrowie, Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie".

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (Stowarzyszenie Solidarni „Plus”, Towarzystwo Przyjaciół Domu Ciepła, Grupa Zdrowie, Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie") o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** Stowarzyszenie Solidarni „Plus”, Towarzystwo Przyjaciół Domu Ciepła, Grupa Zdrowie, Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie".

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764) w zw. z art. 1 ust. 1 oraz art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016, poz. 922).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna.

## Objaśnienia skrótów

<b>Agencja/AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>AIS</b>	Skala Akceptacji Choroby
<b>ARV</b>	terapia antyretrowirusowa
<b>bd.</b>	brak danych
<b>CHN</b>	<i>Community Nursing Homes</i>
<b>CLC</b>	<i>Community Living Centers</i>
<b>CPL</b>	względne poziomy cen (ang. <i>comparative price levels</i> )
<b>DPS</b>	Dom Pomocy Społecznej
<b>EMA</b>	<i>European Medicines Agency</i>
<b>FK</b>	dane finansowo-księgowe
<b>GCS</b>	Skala Glasgow do oceny świadomości (ang. <i>Glasgow Coma Scale</i> )
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny
<b>HAART</b>	terapia antyretrowirusowa stosowana w przypadku zakażenia HIV (ang. <i>highly active antiretroviral therapy</i> )
<b>ICD-9 PL</b>	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i> )
<b>ICD-10</b>	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> )
<b>JGP</b>	jednorodne grupy pacjentów
<b>MMSE</b>	krótka skala oceny stanu umysłowego (ang. <i>Mini-Mental State Exam</i> )
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>nd.</b>	nie dotyczy
<b>NFZ/Płatnik/Fundusz</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>OECD</b>	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i> )
<b>OUN</b>	ośrodkowy układ nerwowy
<b>PKB</b>	produkt krajowy brutto
<b>PL</b>	produkt leczniczy
<b>PPP</b>	parytet siły nabywczej (ang. <i>purchasing power parity</i> )
<b>SZOI</b>	System Zarządzania Obiegiem Informacji
<b>Ustawa o świadczeniach</b>	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.)
<b>UGUL</b>	uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego
<b>Ustawa o weteranach</b>	Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. nr 205 z 2011 r. poz. 1203).
<b>WHC</b>	Fundacja <i>Watch Health Care</i>
<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i> )
<b>WM</b>	wyrób medyczny
<b>VA</b>	<i>The United States Department of Veterans Affairs</i>
<b>ZOL</b>	zakład opiekuńczo-leczniczy
<b>ZPO</b>	zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

## Spis treści

<b>1. Problem decyzyjny .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Taryfikowane świadczenie.....</b>	<b>9</b>
2.1. Charakterystyka świadczenia .....	9
2.1.1. Problem zdrowotny .....	9
2.1.2. Opis procedury .....	27
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce .....	29
2.3. Analiza popytu i podaży.....	41
2.4. Stan finansowania w innych krajach .....	64
2.5. Cenniki komercyjne .....	83
<b>3. Projekt taryfy.....</b>	<b>85</b>
3.1. Pozyskanie danych.....	85
3.2. Uwagi ekspertów .....	88
3.3. Analiza danych.....	92
3.4. Projekt taryfy .....	103
<b>4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej .....</b>	<b>107</b>
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego .....	107
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej .....	109
<b>5. Najważniejsze informacje i wnioski.....</b>	<b>110</b>
<b>6. Bibliografia .....</b>	<b>115</b>
<b>7. Spis tabel i rysunków .....</b>	<b>118</b>
<b>8. Załączniki.....</b>	<b>120</b>

## 1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: zlecenie Ministra Zdrowia z 01.12.2016 r., znak IK 772494/DS (data wpływu do AOTMiT 6.12.2016 r.), w związku z art. 311a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), na podstawie punktu II Planu Taryfikacji na 2016 r., tj.: „Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, w sprawie ustalenia taryfy świadczeń dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży jako świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w terminie do 30 czerwca 2017 r.

Przedmiotem raportu są:

---

świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z art. 15 Ustawy o świadczeniach:

*Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*

---

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, określonymi w załączniku 1 do *Zarządzenia nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej*:

- **5.15.00.0000095** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0;
  - **5.15.00.0000143** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,5;
  - **5.15.00.0000096** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel żywionego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5;
  - **5.15.00.0000097** – osobodzień 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;
  - **5.15.00.0000098** – osobodzień 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;
  - **5.15.00.0000131** – osobodzień pobytu weterana poszkodowanego, w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL, ze współczynnikiem korygującym 1,0;
  - **5.15.00.0000099** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, ze współczynnikiem korygującym 1,0;
  - **5.15.00.0000100** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5;
-

- **5.15.00.0000101** – osobodzień 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 do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6;
- **5.15.00.0000102** - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 4,2.

zwane dalej: **świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi** lub **świadczeniami w ramach opieki długoterminowej**.

Należy podkreślić, że pozostała część świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej była już przedmiotem taryfikacji. Szczegółowe dane zestawiono w poniższej tabeli.

**Tabela 1 Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, które były przedmiotem taryfikacji**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Prezesa NFZ			Obwieszczenie Prezesa AOTMiT
Nazwa świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego	
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych	świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/ opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000015	<b>Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 września 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej</b>
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,2	5.15.00.0000105	
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,6	5.15.00.0000106	
	świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000016	
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,2	5.15.00.0000107	
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie i żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,8	5.15.00.0000108	
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane	świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla	osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	5.15.00.0000134	

Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Prezesa NFZ			Obwieszczenie Prezesa AOTMiT
Nazwa świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego	
w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	pacjentów wentylowanych mechanicznie	metodą inwazyjną, ze współczynnikiem korygującym 1,0		
		osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000142	
		osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych, ze współczynnikiem korygującym 0,7	5.15.00.0000135	
	świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie	osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000136	
		osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia bez względu na czas trwania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000137	
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach domowych w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej	świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej	osobodzień za świadczenia pielęgniarstwa w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania	5.15.00.0000144	Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego
		osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej dla pacjentów	5.15.00.0000145	

Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Prezesa NFZ			Obwieszczenie Prezesa AOTMiT
Nazwa świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego	
		przebywających pod tym samym adresem zamieszkania		<i>i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej</i>



## 2. Taryfikowane świadczenie

### 2.1. Charakterystyka świadczenia

#### 2.1.1. Problem zdrowotny

Opieka długoterminowa dotyczy osób przewlekle chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece, uniemożliwiając im niezależne, samodzielne funkcjonowanie w swoich domach. Najogólniej opiekę długoterminową można określić jako całodobowe świadczenie zdrowotne, obejmujące swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów, którego celem jest ich rekonwalescencja i poprawa zdrowia. Usługa ta zapewnia również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych (Mitek, 2014, str. 922).

Zgodnie z *Ustawą o Działalności Leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku* (art. 9, 12) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą zostać udzielone między innymi w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL) lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZPO). Świadczenia opiekuńczo-leczne obejmują pielęgnację, rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji przy zapewnieniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze polegają z kolei na 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 żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowywaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Różnica dotycząca zakresu definicji zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńczego dotyczy dwóch kwestii:

- w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zapewnia się pielęgnację i rehabilitację przy użyciu **wyrobów medycznych**, które nie są wymienione w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- w zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych poza zapewnieniem pielęgnacji i rehabilitacji zapewnia się również **opiekę**.

Podobieństwo definicji ZOL i ZPO uniemożliwia skategoryzowanie właściwej dla każdego z tych zakładów grupy pacjentów.

Zakłady opiekuńczo-leczne i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze obejmują świadczeniami osoby, które w ocenie według skali poziomu samodzielności Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów (Filarski i Sroka, 2014, str. 92). W przypadku, gdy ocena świadczeniobiorcy, dokonywana przez lekarza lub pielęgniarkę danego zakładu opiekuńczego na koniec każdego miesiąca jest wyższa niż 40 punktów w skali Barthel, NFZ zaprzestaje finansowania świadczeń na koniec kolejnego miesiąca kalendarzowego. Ponowne skierowanie do zakładu jest możliwe w przypadku pogorszenia stanu

zdrowia świadczeniobiorcy (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 19).

Skala Barthel pozwala ocenić sprawność chorego pod kątem czynności, które pacjent może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać ich wcale (Wiktor, Drozdowska i Czekajło, 2010, strony 78-79).

Skala Barthel składa się z 10 podlegających ocenie obszarów. Są to:

- 1) spożywanie posiłków (gdy badany nie może posługiwać się nożem),
- 2) przechodzenie z łóżka na wózek i z powrotem (siadanie),
- 3) osobista higiena (mycie, czesanie, golenie),
- 4) korzystanie z toalety (zapinanie i rozpinanie bielizny, ubrania),
- 5) kąpiel,
- 6) poruszanie się po płaskim terenie (gdy osoba nie chodzi lecz korzysta z wózka),
- 7) wchodzenie i schodzenie po schodach,
- 8) ubieranie się łącznie ze sznurowaniem obuwia,
- 9) kontrola zwieracza odbytu,
- 10) kontrola zwieracza pęcherza moczowego (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 29).

Według skali Barthel pacjent może uzyskać najwięcej 100 punktów, a najmniej 0 punktów. Na podstawie wyniku skali Barthel pacjentów można podzielić na trzy grupy w zależności od ich stanu psychoruchowego:

- Grupa I: 86–100 punktów – stan pacjenta „lekki”,
- Grupa II: 21 – 85 punktów – stan pacjenta „średnio ciężki”,
- Grupa III: 0 – 20 punktów – stan pacjenta „bardzo ciężki”.

Skala Barthel może być stosowana nie tylko do „jednorazowej” oceny funkcjonalnej pacjenta z różnymi schorzeniami, np. po udarze mózgu, po zawale mięśnia sercowego, w cukrzycy, po urazach narządu ruchu, czy w zmianach zwyrodnieniowych stawów. Przede wszystkim powyższa skala może być wykorzystywana do oceny wyników usprawniania i rehabilitacji pacjentów (Wiktor, Drozdowska i Czekajło, 2010, strony 78-79).

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowy sposób oceny pacjenta według skali Barthel.

**Tabela 2 Ocena pacjenta według skali Barthel (Wiktor, Drozdowska i Czekajło, 2010, strony 78-79)**

Nazwa czynności
<b>Spożywanie posiłków</b>
0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść
5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety
10 = samodzielny, niezależny
<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie</b>
0 = Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu
5 = Większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)
10 = Mniejsza pomoc słowna lub fizyczna
15 = Samodzielny
<b>Utrzymanie higieny osobistej</b>
0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych
5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu
<b>Korzystanie z toalety</b>
0 = Zależny

Nazwa czynności
5 = Potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam
10 = Niezależny w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby, podcieraniu się
<b>Mycie, kąpiel całego ciała</b>
0 = Zależny
5 = Niezależny lub pod prysznicem
<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich</b>
0 = Nie porusza się lub < 50 m, zależny na wózku
5 = Niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m
10 = Spacerzy z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m
15 = Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m
<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach</b>
0 = Nie jest w stanie
5 = Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenia
10 = Samodzielny
<b>Ubieranie się i rozbieranie</b>
0 = Zależny
5 = Potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy
10 = Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.
<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu</b>
0 = Nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność wykonania lewatywy
5 = Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca
10 = Kontroluje oddawanie stolca
<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego</b>
0 = Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny
5 = Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu
10 = Kontroluje oddawanie moczu

Stan pacjenta można również określić za pomocą skali Glasgow (GSC), będącej podstawową skalą służącą ocenie ilościowej stanu świadomości (Medycyna Praktyczna, 2010).

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowy sposób oceny pacjenta według skali Glasgow.

**Tabela 3 Skala Glasgow (Medycyna Praktyczna, 2017)**

Badana reakcja	Stopień zaburzeń	Liczba punktów
<b>Otwieranie oczu</b>	spontaniczne	4
	na polecenie	3
	w odpowiedzi na bodziec bólowy	2
	brak reakcji	1
<b>Odpowiedź słowna</b>	prawidłowa, pacjent jest w pełni zorientowany	5
	odpowiada, ale jest dezorientowany	4
	używa niewłaściwych słów	3
	wydaje nieartykułowane dźwięki	2
	brak reakcji	1
<b>Odpowiedź ruchowa</b>	na polecenie	6
	potrafi umiejscowić bodziec bólowy	5
	prawidłowa reakcja zgięciowa (wycofanie w odpowiedzi na bodziec bólowy)	4
	nieprawidłowa reakcja zgięciowa (odkorowanie)	3
	reakcja wyprostna (sztywność odmóżdzeniowa)	2
	brak reakcji	1

Wynik interpretowany jest następująco:

- **13–15** – łagodne zaburzenia przytomności
- **9–12** – umiarkowane zaburzenia przytomności
- **< 8** – śpiączka (Medycyna Praktyczna, 2010).

Problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej

W poniższej tabeli przedstawiono problemy medyczne pacjentów, które stają się podstawą objęcia ich opieką długoterminową.

**Tabela 4 Wybrane problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010))**

Problem zdrowotny/ jednostka chorobowa	Wybrane problemy pacjentów
Amputacja kończyny	<p>Problem amputacji kończyn dolnych dotyczy coraz większej liczby osób, szczególnie w wieku starszym. Amputacje kończyn górnych częściej dotyczą mężczyzn i są konsekwencjami urazów. Po zakończeniu wczesnego okresu usprawniania chorych po amputacji kończyn nadchodzi długotrwały okres opieki i rehabilitacji mający na celu usamodzielnienie pacjenta. Dotyczy to zarówno chorych zaprotezowanych, jak i tych, którzy będą poruszać się na wózku inwalidzkim. Pacjenci ci mogą borykać się z następującymi problemami: brak akceptacji kalectwa, dyskomfort psychiczny wynikający z odczuwania dolegliwości bólowych kikuta amputowanej kończyny (tzw. bólów fantomowych), brak umiejętności prawidłowej pielęgnacji kikuta amputowanej kończyny, brak umiejętności prawidłowego bandażowania kikuta amputowanej kończyny, brak umiejętności hartowania kikuta, konieczność podjęcia działań profilaktycznych w zakresie przykurczy w stawach amputowanej kończyny, konieczność systematycznego podejmowania ćwiczeń usprawniających do końca życia, nadwaga prowadząca do wystąpienia trudności w samodzielnym poruszaniu się, brak akceptacji i umiejętności przemieszczania się za pomocą wózka inwalidzkiego (dotyczy chorych bez protezy), utrudnione wykonywanie czynności fizjologicznych wynikające z niesprawności spowodowanej amputacją kończyny górnej, obniżenie statusu ekonomicznego rodziny z powodu utraty możliwości zarabkowania przez chorego po amputacji kończyny.</p> <p>W pielęgnacji i rehabilitacji chorych po amputacji kończyn pielęgniarka odgrywa dużą rolę nie tylko we wczesnym okresie okołoperacyjnym, ale również w opiece długoterminowej, gdy konieczne jest stałe wspieranie chorego w radzeniu sobie z niepełnosprawnością i pojawiającymi się problemami pielęgnacyjnymi.</p>
Schorzenia neurologiczne	<p>Osoby ze schorzeniami neurologicznymi stanowią liczną grupę wśród podopiecznych pielęgniarek rodzinnych. Są to pacjenci w różnym wieku: dzieci, ludzie młodzi, dorośli w starszym wieku. Większość schorzeń klasyfikowanych jest jako typowe jednostki neurologiczne, jednak część zaburzeń neurologicznych stanowią powikłania w przebiegu przewlekłych chorób naczyniowych, metabolicznych lub urazów mechanicznych, m. in. stany po udarach niedokrwiniowych i wylewach krwi do mózgu, zespoły psychoorganiczne, choroby zwyrodnieniowe, demielinizacyjne (m. in. stwardnienie rozsiane) i inne.</p> <p>Pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi borykają się z zaburzeniami ruchu występującymi pod postacią niedowładów i porażen, odleżynami, pęcherzem neurogennym, problemami z wydalaniem, zaburzeniami w przyjmowaniu posiłków, z trudnościami w komunikacji oraz problemami emocjonalnymi.</p>
Uraz rdzenia kręgowego	<p>Najczęstszą przyczyną urazów kręgosłupa na całym świecie są: wypadki komunikacyjne, upadki z wysokości oraz urazy sportowe. Dotyczą one często ludzi młodych i są nagłą przyczyną wielu problemów natury biologicznej, psychicznej i społecznej. Występujący tuż po urazie deficyt neurologiczny utrzymuje się niekiedy do końca życia. Dołącza się do niego wiele powikłań, takich jak: odleżyny, spastyczność, przykurcze, zaburzenia zwieraczy, zaburzenia sprawności seksualnej, zaburzenia emocjonalne. Pacjenci stają się zależni od wykwalifikowanego personelu, opiekunów i osób bliskich. Niektórzy z poszkodowanych do końca życia wymagają ciągłej pielęgnacji, rehabilitacji usprawniającej i społecznej.</p> <p>Problemy pacjentów po urazach rdzenia kręgowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unieruchomienie – w przypadku pacjentów po urazach kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, najczęściej występuje tetraplegia lub paraplegia, w zależności od poziomu i stopnia uszkodzenia rdzenia;</li> <li>• Spastyczność – po okresie 4-6 tygodni powraca własna funkcja rdzenia kręgowego, przejawiająca się powrotem odruchów ścięgnistych i okostnowych, wzrostem napięcia mięśniowego oraz pojawieniem się ruchów mimowolnych o bardzo zróżnicowanej intensywności. Pojawia się tzw. spastyczność, która ma charakter zgięciowy lub</li> </ul>

Problem zdrowotny/ jednostka chorobowa	Wybrane problemy pacjentów
	<p>wyprostny. W większości przypadków utrudnia ona lub uniemożliwia pacjentom z niedowładem pionizację czynną, naukę chodu, natomiast chorym z porażeniami utrudnia niekiedy siedzenie. Wzmoczone napięcie mięśni może być przyczyną spastycznych „zrywów”, które mogą powodować upadki chorych z wózka, a nawet łóżka. Ponadto spastyczność prowadzi do ograniczania ruchów w stawach, tzw. przykurczów;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurogenne skostnienie okołostawowe – problem ten występuje u około 5-53% pacjentów po urazach rdzenia kręgowego. Niekiedy na kilka tygodni po urazie pojawiają się pierwsze objawy, takie jak: miejscowy obrzęk, wzmożone ucieplenie w obrębie stawu, bóle, podwyższona temperatura, nieznaczne ograniczenie ruchomości stawu. Rozległe neurogenne skostnienia okołostawowe powodują znacznego stopnia ograniczenie ruchomości, a nawet całkowite zablokowanie ruchów w danym stawie;</li> <li>• Odleżyny – ogromnym problemem u chorych po urazach rdzenia kręgowego są odleżyny, które właściwie mogą powstać na każdym etapie leczenia;</li> <li>• Pęcherz neurogenny;</li> <li>• Problemy emocjonalne.</li> </ul>
Schorzenia układu ruchu	<p>Do najczęściej występujących schorzeń układu ruchu należy zaliczyć grupę chorób reumatoidalnych, wśród których można wymienić, m.in. takie jednostki chorobowe, jak: choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, toczeń rumieniowaty układowy, dna moczanowa, gorączka reumatyczna i inne. Pierwszymi objawami chorób zapalnych stawów są występujące rano: sztywność stawów, ból i obrzęk jednego czy kilku stawów, stałe bóle mięśniowe oraz niczym niewytłumaczalne stany podgorączkowe i przewlekłe zmęczenie. Narastanie procesu zapalnego prowadzi do nasilenia dolegliwości bólowych i ograniczenia ruchomości stawów, co z kolei powoduje upośledzenie sprawności fizycznej i kalectwo. Do wybranych problemów pacjentów z przewlekłymi schorzeniami reumatoidalnymi można zaliczyć: przewlekłe dolegliwości bólowe stawów, niechęć do wykonywania ćwiczeń usprawniających z powodu dolegliwości bólowych, działania niepożądane leczenia kortykosteroidami, obrzęki stawowe prowadzące do ograniczenia ruchomości stawów, ograniczenie samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych spowodowane zmniejszoną sprawnością rąk i dolegliwościami bólowymi stawów, brak akceptacji stanu zdrowia i niepełnosprawności prowadzący do obniżenia nastroju i niechęci do podejmowania aktywności.</p>
Cukrzyca	<p>Cukrzyca stanowi jedną z najczęstszych chorób przewlekłych prowadzących do wielu powikłań. Istotnie wpływa ona na długość i jakość życia. Cukrzyca jest potwierdzona klinicznie u 7–10% osób w podeszłym wieku. Nierozpoznana lub niewłaściwie leczona stanowi jedną z głównych przyczyn niesamodzielności, jak również wczesnej umieralności. Długotrwały okres hiperglikemii prowadzi do wielu powikłań mikronaczyniowych oraz uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych. Pacjenci objęci opieką długoterminową najczęściej uskarżają się na wiele dolegliwości wynikających z polipatologii.</p>
Starzenie się	<p>W starszym wieku następuje stopniowe ograniczenie sprawności fizycznej oraz zwiększenie zapadalności na choroby przewlekłe. Do najczęściej występujących schorzeń u osób po 60 r.ż. zalicza się: niewydolność układu sercowo-naczyniowego, niewydolność krążenia mózgowego, schorzenia układu ruchu, choroby metaboliczne. Choroby przewlekłe występujące u osób starszych powodują zaburzenia w czynnościach całego organizmu, a dysfunkcje w sferze biologicznej najczęściej rzutują na zdrowie psychiczne i życie społeczne pacjenta. Do najważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych ludzi starszych można zaliczyć: samotność, występowanie wielu schorzeń, inwalidztwa, niepełnosprawności, życie w ubóstwie, poczucie nieprzydatności, bezradności i zależności od innych osób. Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów przewlekłe chorych w starszym wieku mogą dotyczyć wielu dziedzin życia jednocześnie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sfera biologiczna: deficyty samodzielności w podejmowanych aktywnościach życiowych (dotyczą podstawowych czynności codziennych: ubierania, toalety, przyjmowania posiłków, kontroli zwieraczy, korzystania z toalety), deficyty w samodzielności dotyczące złożonych czynności codziennych, ograniczenie mobilności, ograniczenia ruchowe, unieruchomienie z powodu schorzeń (przebywanie w obrębie łóżka, ze wszystkimi konsekwencjami tego stanu), występowanie trudności w przygotowywaniu i przyjmowaniu posiłków, występowanie różnorodnych dolegliwości bólowych,</li> </ul>

Problem zdrowotny/ jednostka chorobowa	Wybrane problemy pacjentów
	<p>występowanie duszności wysiłkowej i/lub spoczynkowej utrudniającej podejmowanie czynności dnia codziennego, występowanie różnych zaburzeń ze strony układu pokarmowego, zaburzenia funkcji wzroku i słuchu, utrudniony kontakt słowny i komunikacja, zaburzenia snu, bezsenność, występowanie dysfunkcji zwieraczy i ryzyka upadków, wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn lub aktualne ich występowanie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sfera psychiczna: występowanie zaburzeń nastroju, występowanie zaburzeń depresyjnych, występowanie zaburzeń pamięci, koncentracji uwagi, niska samoocena i poczucie niższej wartości, brak akceptacji siebie, swojego zmieniającego się wyglądu, poczucie bezradności, odczuwanie stopniowej utraty energii życiowej, stopniowa utrata poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, lęk przed śmiercią.</li> <li>Sfera społeczna: występowanie uczucia osamotnienia i samotności, wdowieństwo, poczucie wyobcowania społecznego, trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich, brak opieki ze strony najbliższych osób, lęk o zdrowie i życie własne oraz najbliższych osób, konieczność sprawowania opieki nad współmałżonkiem lub inną osobą, obciążenie opieką, problemy ekonomiczne.</li> </ul>
Upośledzenie umysłowe	<p>Upośledzenie umysłowe stanowi problem społeczny, który dotyczy 3% populacji noworodków i 1% populacji ogólnej. Charakteryzuje się dysfunkcją podstawowych funkcji psychicznych odpowiedzialnych za procesy kojarzenia, rozumowania, planowania i adaptacji. Sytuacja życiowa osób niepełnosprawnych jest wypadkową wielu czynników. Poza parametrem zdrowotnym, funkcjonalnym i psychicznym decyduje o niej wiele cech mikro- i makrospołecznych. Są to zarówno cechy sytuacji społecznej i rodzinnej osoby niepełnosprawnej, jak i sytuacja ekonomiczna kraju, obowiązujące regulacje prawne, kierunki polityki społecznej. Istotnym wyznacznikiem tego, jakie miejsce przysnaje się osobom niepełnosprawnym, są postawy społeczne w stosunku do tych osób.</p> <p>W przypadku osób z upośledzeniem umysłowym należy oddzielić potrzebę pomocy/wsparcia w życiu codziennym (zaradność osobista), w organizacji życia, dbaniu o swoje sprawy (zdrowie, mieszkanie, renta, uczenie się, praca, czas wolny itp.) od możliwości podejmowania pracy, odpowiedzialnego jej wykonywania i otrzymywania za nią zapłaty. Należy zwrócić uwagę, że potrzeba pomocy w życiu codziennym, często nawet pomocy daleko idącej, jest konsekwencją nie tyle ograniczeń fizycznych, co intelektualnych.</p> <p>Specyficzne potrzeby osób z upośledzeniem umysłowym dotyczą zarówno leczenia, rehabilitacji, edukacji, jak i pomocy społecznej.</p>
Opieka długoterminowa nad dziećmi	<p>Opieka długoterminowa jest to długookresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Kwalifikują się do niej dzieci z chorobą przewlekłą, skutkującą pogłębiającą się niepełnosprawnością, u których wystąpiły bądź mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem, z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, dzieci, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki. Opieka nad dziećmi przewlekłe chorymi stanowi złożony problem społeczny. Zaspokojenie potrzeb dzieci przewlekłe chorych, które są niesamodzielne i prawdopodobnie nie uzyskają samodzielności ze względu na chorobę, jest obecnie minimalne.</p>

### Rozpoznanie w ZOL/ZPO na podstawie badania

Celem badania (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012) było oszacowanie zmian poziomu sprawności psychofizycznej osób powyżej 60 roku życia, z występującymi zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych stacjonarną opieką długoterminową w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub będących mieszkańcami domu pomocy społecznej w Polsce (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 21).

W badaniu wzięło udział 80 pacjentów przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Badanie przebiegało bez interwencji w proces leczenia, pielęgnacji oraz rehabilitacji chorych (Kuźmicz,

Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 26). Pacjenci przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w większości miescili się w przedziale wieku 81–85 lat oraz 76–80 lat (odpowiednio: N=24; 30,0%; N=17; 21,3%). Najmniejszą grupę badanych stanowiły osoby w wieku 61–65 lat (N=1; 1,3%), 96–100 lat (N=1; 1,3%) oraz 66–70 lat (N=5; 6,3%) (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 33).

Badanie oparto na analizie dokumentacji medycznej, wielokierunkowej obserwacji oraz na metodzie szacowania, w której wykorzystano zweryfikowane narzędzia badawcze. Analiza dokumentacji polegała na uporządkowaniu i interpretacji zawartych w dokumentach treści pod kątem problemów badawczych i sformułowanych hipotez.

Analizie poddano dokumentację medyczną stosowaną w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (historia choroby, karta przyjęcia, zeszyt raportów pielęgniarских, karta oceny stanu chorego według skali Barthel, karta rehabilitacji). Drugą metodą wykorzystaną w prezentowanych badaniach była obserwacja. Każda badana osoba była oceniana trzykrotnie: na wstępie, po trzech i sześciu miesiącach pobytu w danym zakładzie. Obserwacja była skoncentrowana na wybranych obszarach sprawności psychofizycznej badanych (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 27).

W poniższej tabeli przedstawiono grupy rozpoznań u badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego.

**Tabela 5 Grupy rozpoznań u badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 37)**

Grupy rozpoznań	Liczba pacjentów (%)
Choroby układu krążenia	66 (82,5)
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemiany metabolicznej	23 (28,7)
Zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania	40 (50,0)
Choroby układu nerwowego	25 (31,3)
Odleżyny	22 (27,5)
Choroby układu kostno-stawowego	7 (8,7)
Urazy	13 (16,3)
Choroby oka	6 (7,5)
Choroby ucha	3 (3,7)
Inne	13 (16,3)

Analiza liczby rozpoznań u jednej osoby wykazała, że najwięcej badanych w zakładzie opiekuńczo-leczniczym miało zdiagnozowanych trzy (N=25; 31,3%) oraz cztery (N=21; 26,3%) schorzenia. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z jednym schorzeniem (N=4; 5,0%) (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 37).

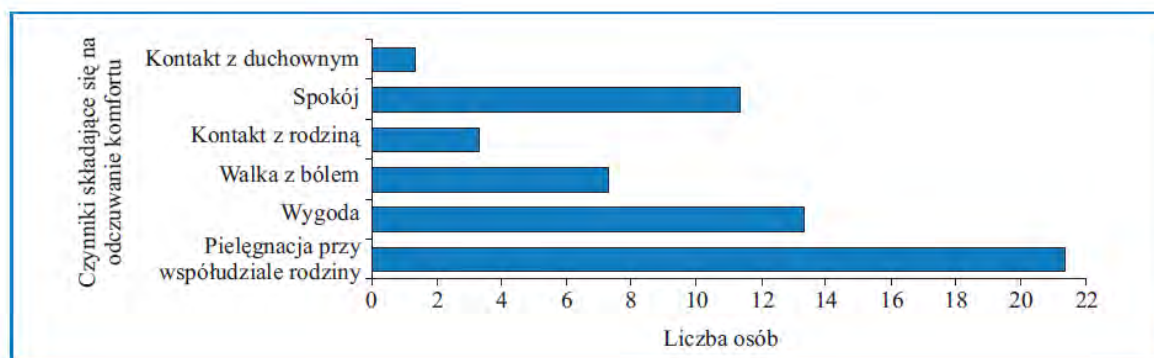
Znaczną grupę osób objętych stacjonarną opieką długoterminową stanowią pacjenci z problemami neurologicznymi. Najczęstszymi problemami zdrowotnymi w przypadku tej grupy pacjentów jest udar mózgu i stwardnienie rozsiane. W uszkodzeniach układu nerwowego zaburzenia ruchu występują pod postacią niedowładów i porażań. Wszystkie zaburzenia związane z ruchem utrudniają chorym wykonywanie podstawowych czynności, zwłaszcza z zakresu samoobsługi. W związku z tym działania pielęgniarские powinny skupiać się przede wszystkim na zaspokajaniu potrzeb dnia codziennego (higieny, spożywania posiłków, wydalania), profilaktyce odleżyn, przykurczy, zakrzepicy żył głębokich

i powikłań układu oddechowego. Pacjenci z problemami neurologicznymi objęci opieką długoterminową mają problemy z wydalaniem, trudności z komunikacją, zaburzenia przyjmowania posiłków, afazję, a także problemy emocjonalne (Kędziora-Kornatowska, Muszaliak i Skolmowska, 2010, strony 70-80).

### **Jakość życia**

Choroba przewlekła, a także pobyt w zakładzie opieki długoterminowej rzutuje na jakość życia pacjentów. Jak wynika z badania przeprowadzonego w latach 2011–2012 w ZOL, chorzy wskazywali na różne aspekty wpływające na pogorszenie jakości życia. Rozpoznanie choroby u większości chorych wywołało lęk oraz negatywną zmianę stosunków rodzinnych. Pacjenci biorący udział w badaniu najbardziej bali się niesprawności. Często wskazywali, że strach budzą w nich możliwość odrzucenia i brak akceptacji ze strony bliskich.

Na poniższej rycinie przedstawiono najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekle chorego w opinii ankietowanych.



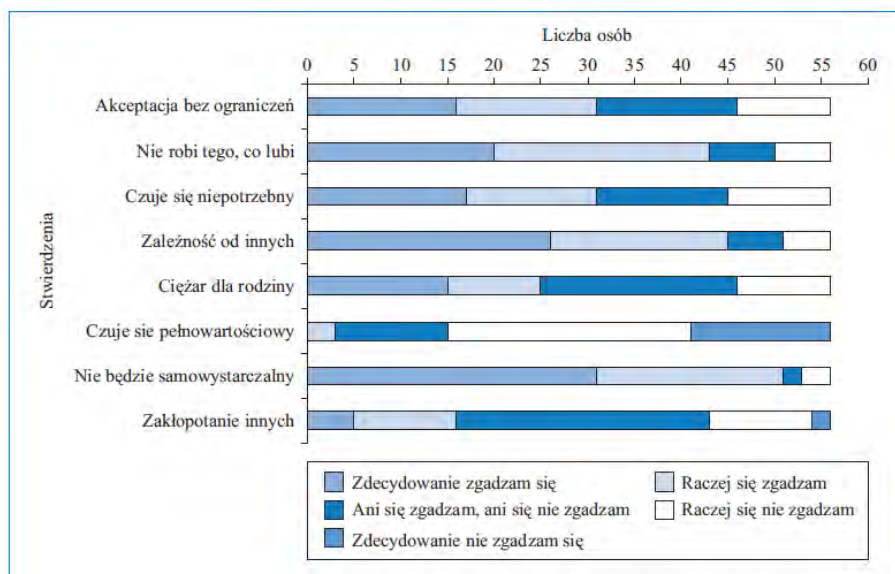
**Rycina 1.** Najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekle chorego w opinii ankietowanych objętych opieką długoterminową w ZOL (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszuk, 2012)

Najważniejszym czynnikiem składającym się na komfort przewlekle chorego był udział rodziny w pielęgnacji. Za najbardziej uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu pacjenci uważali trudności w poruszaniu się, nietrzymanie moczu i stolca. Kilka osób skarżyło się na zaburzenia słuchu (15/56) i brak apetytu (14/56). Pozostali zgłaszali ból (13/56), zaburzenia pamięci (7/56), zawroty głowy (7/56), zaparcia (5/56), zaburzenia widzenia (3/56), duszność (2/56) lub wymioty (1/56).

U prawie wszystkich badanych choroba spowodowała obniżenie aktywności i liczby zainteresowań. Stwierdzono, że im podopieczny był mniej sprawny, tym gorzej znosił chorobę, miał problemy z jej akceptacją, gorszy stan psychiczny i nie godził się w pełni na stan w jakim się obecnie znalazł.

Na poniższej rycinie przedstawiono subiektywną ocenę jakości życia pacjentów ZOL w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji.





**Rycina 2. Ocena jakości życia pacjentów ZOL w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszyk, 2012)**

Test AIS przeprowadzony wśród pacjentów ZOL wskazał, że 25/56 osób zaakceptowało siebie i swoją chorobę w sposób niepełny. Niestety większość podopiecznych 30/56 nie potrafiła pogodzić się z chorobą i jej skutkami, gdyż uzyskali oni poniżej 20 punktów, co jest bardzo niskim wynikiem, odczuwali oni też silny dyskomfort psychiczny. Większość osób (31/56) uznała, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę. Choroba bardzo negatywnie wpływała na psychikę podopiecznych, gdyż 32/56 osób uważało, że są nikomu nie potrzebni (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszyk, 2012).

### **Specyficzne zagadnienia w opiece długoterminowej**

#### **Odleżyny**

Wyniki badania *Kuźmich 2012* wskazują na fakt, iż średnio co czwarty pacjent objęty stacjonarną opieką długoterminową ma odleżyny. Odleżyna jest to miejscowa martwica tkanek powstająca na skutek niedokrwienia spowodowanego uciskiem na włosowate naczynia krwionośne. Owrzodzenie odleżynowe może dotyczyć wszystkich warstw skóry, a niekiedy może nawet penetrować do powięzi, mięśni i kości (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 273). U prawie wszystkich osób z ograniczoną ruchomością, zwłaszcza unieruchomionych w łóżku bądź przebywających większość czasu na wózku mogą rozwinąć się powikłania odleżynowe. Odleżyny należą do zmian trudno gojących się, przysparzających pacjentowi dodatkowych cierpień, a niekiedy nawet są przyczyną śmierci, stąd tak ważne jest zapobieganie odleżynom. Każdy pacjent w chwili przyjęcia na oddział powinien być poddany ocenie pod kątem zagrożenia odleżynami. Służą temu skale do oceny ryzyka odleżyn takie jak Norton, Douglas, Waterlow, Dutch Consensus Prevention of Badsors CBO i Braden. Niezbędne jest również przestrzeganie podstawowych zasad profilaktyki odleżynowej, która obejmuje między innymi częste zmiany pozycji ciała, oklepywanie i masaż miejsc narażonych na długotrwały ucisk, odpowiednia toaleta i pielęgnacja skóry czy stosowanie materacy specjalistycznych. Wśród dostępnych środków pomocniczych w profilaktyce przeciwoodleżynowej znajdują się poduszki i materace gąbkowe, żelowe, pneumatyczne wielokomorowe i zmiennociśnieniowe. Leczenie odleżyn jest procesem trudnym i długotrwałym, niekiedy wymagającym opieki zespołu wielodyscyplinarnego

składającego się z pielęgniarek, lekarzy, farmaceutów, mikrobiologów, dietetyków, fizykoterapeutów. Takie kompleksowe leczenie wymaga opracowania strategii opieki, środków leczniczych oraz monitorowania tych zmian (Kędziora-Kornatowska, Muszałik i Skolmowska, 2010, strony 76-88).

Odleżyny stanowią nie tylko poważny problem wielu jednostek sprawujących opiekę nad osobami obłożnie chorymi, w podeszłym wieku i długotrwale unieruchomionymi. Z finansowego punktu widzenia odleżyny pochłaniają bowiem znaczną część wydatków przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Powodują między innymi wzrost zapotrzebowania na opiekę, a w konsekwencji wzrost kosztów leczenia i hospitalizacji. Należy jednak podkreślić, że najbardziej dotkliwe skutki odleżyn ponosi sam pacjent, dla którego stanowią one ogromne obciążenie. Ponadto biopsychospołeczne konsekwencje odleżyn wpływają na zdrowie i jakość życia pacjentów. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, które mogą być niezdolne do komunikowania swego położenia, nawet gdy stają wobec doświadczenia dolegliwości somatycznych. Jak wynika z badania przeprowadzonego w ZOL i domach pomocy społecznej (DPS) na grupie 160 pacjentów osoby, u których występowały odleżyny charakteryzowały się znacznie bardziej nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych, mniejszą sprawnością ruchową, większymi dysfunkcjami w zakresie stanu funkcjonalnego oraz bardziej nasilonymi objawami napięcia, lęku niż osoby bez odleżyn. Również inne badania przytoczone przez autorów publikacji wskazują na wpływ odleżyn na funkcjonowanie emocjonalne, fizyczne, psychiczne i społeczne większości badanych. Ponadto przeprowadzone analizy wykazały, że część badanych za przyczynę odleżyn wskazuje zaniedbania ze strony personelu, niektórzy sugerowali nawet, że personel nie w pełni zwracał uwagę na dolegliwości bólowe towarzyszące odleżynom, a ich skargi były wręcz ignorowane. Ponadto wskazano na fakt, iż odleżyny wywierają znaczący wpływ na fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia pacjentów. Odleżyny wprowadzały istotne zmiany w codziennym życiu pacjentów, powodowały utratę apetytu, bezsenność, ograniczenie aktywności fizycznej. Najbardziej dotkliwą dolegliwością związaną z odleżynami stanowił ból. Jego wystąpienie powodowało dyskomfort, ograniczało poruszanie się, chodzenie, przyjmowanie wygodnej pozycji ciała. W zakresie społecznego funkcjonowania odleżyny prowadziły do izolacji i ograniczenia kontaktów z bliskimi (Kuźmicz, Brzostek i Górkiewicz, Występowanie odleżyn a sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce, 2014).

### *Ból przewlekły*

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 pielęgniarstwiej 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 dementalni, z afazją poudarową, w stanach apaliicznych) 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.

### *Opieka długoterminowa nad dziećmi*

W Polsce opieką długoterminową objęte są również dzieci i młodzież. W przypadku tej grupy pacjentów opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest stacjonarnie lub w domu chorego. Kwalifikują się do niej dzieci z chorobą przewlekłą, skutkującą pogłębiającą się niepełnosprawnością, u których wystąpiły lub mogą wystąpić powikłania związane z długotrwałym unieruchomieniem, z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji; dzieci, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stałej profesjonalnej pielęgnacji, rehabilitacji i opieki. Opieka nad dziećmi przewlekle chorymi stanowi złożony problem społeczny.

Obecnie brakuje programów, których celem byłoby podnoszenie świadomości i edukacja opiekunów do opieki nad dziećmi przewlekle chorymi. Szeroką pomoc rodzinom z dziećmi przewlekle chorymi oferują różnego typu fundacje i stowarzyszenia, które stanowią ważny element wsparcia.

U dzieci przewlekle chorych obserwuje się zwykle większe niż u dzieci zdrowych napięcie emocjonalne. W wielu chorobach dzieciom towarzyszy gniew, lęk lub przygnębienie. Sytuacje lękowe wpływają także na przyswajanie wiedzy w szkole. Przyczyniają się do tego częste absencje, trudności w skupieniu uwagi nad przerabianym materiałem. Pogłębiające się trudności w szkole mogą doprowadzić do powstania tzw. fobii szkolnej, zaburzenia nerwicowego, związanego ze środowiskiem szkolnym i stawianymi przez nie wymaganiami (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, strony 255-256).

Specyficzną grupę dzieci objętych opieką długoterminową stanowią dzieci z niepełnosprawnością umysłową. Ten typ pacjentów cechuje się charakterystycznymi potrzebami, które należy uwzględnić w opiece i pielęgnacji w placówce. U dzieci upośledzonych umysłowo wyróżnia się specyficzne potrzeby poczucia bezpieczeństwa, potrzeby związane z dojrzewaniem osobowości społecznej, potrzeby popędowe, czynnościowe, poznawcze, a także potrzebę snu i wypoczynku. Dzieci upośledzone umysłowo są bardziej podatne na zmęczenie i znużenie, co generuje konieczność indywidualnego dozowania wysiłku i odpoczynku. W opiece nad dziećmi z niepełnosprawnością umysłową niezwykle istotna jest siła rehabilitacji i rewalidacji. Rehabilitacja jest tu rozumiana jako wielokierunkowe działanie podejmowane w celu przywrócenia choremu zdolności do samodzielnego życia w społeczeństwie, do nauki i pracy oraz kształtowanie umiejętności wyrównujących deficyty funkcjonalne. Rewalidacja oznacza natomiast długotrwałą działalność terapeutyczno-wychowawczą, polegającą na wielostronnej stymulacji, opiece, nauczaniu i wychowaniu osób cechujących się zaburzoną percepcją rzeczywistości (upośledzonych umysłowo, niewidomych i niesłyszących). Do zasadniczych kierunków oddziaływania rewalidacyjnego zalicza się maksymalne rozwijanie tych sił

biologicznych, zadatków i ich cech, które są najmniej uszkodzone; wzmacnianie i usprawnianie uszkodzonych sfer psychicznych i fizycznych oraz wyrównywanie i zastępowanie deficytów biologicznych i rozwojowych (Kędziora-Kornatowska, Muszałik i Skolmowska, 2010, strony 209-213). 209.

### *Chorzy w stanie wegetatywnym*

Specyficzną grupę pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych stanowią chorzy w stanie apalicznym (wegetatywnym). Stan ten jest następstwem rozlanego uszkodzenia kory mózgowej, struktur podkorowych i/lub międzymózgowia. Charakteryzuje się on utratą wyższych funkcji mózgu, zwłaszcza świadomości (chory jest nieprzytomny i nie można nawiązać z nim kontaktu). Pacjent w stanie wegetatywnym nie spełnia poleceń, a jego kończyny są ułożone w pozycji odmóżdzeniowej lub odkorowania, choć niekiedy mogą pojawiać się bezcelowe ruchy kończyn, głowy czy tułowia. Zachowane są niektóre funkcje pnia mózgu i chory może samodzielnie oddychać, a akcja serca może przebiegać spontanicznie. W sytuacji braku powrotu świadomości po kilku lub kilkunastu miesiącach stan wegetatywny może przerodzić się w tzw. przetrwały stan wegetatywny. Najczęściej występujące problemy pielęgnacyjne w stanie apalicznym to:

- bardzo wysokie ryzyko wystąpienia odleżyn z powodu długotrwałego unieruchomienia.
- ryzyko wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego wynikające z długotrwałego unieruchomienia,
- trudność lub całkowita niemożność przyjmowania pokarmów i płynów drogą doustną wynikające z występowania zaburzeń połykania i stanu śpiączki,
- możliwość wystąpienia napadów epileptycznych,
- całkowity brak kontaktu z otoczeniem (brak możliwości werbalnego i pozawerbalnego komunikowania się),
- niemożność kontroli wydalania moczu i stolca,
- brak możliwości samodzielnego wykonania czynności higienicznych,
- występowanie objawów „burzy wegetatywnej”.

Sprawowanie opieki nad pacjentem z zespołem apalicznym wymaga nie tylko wiedzy i umiejętności od personelu pielęgniarstwa i pozostałych członków zespołu terapeutycznego, ale także wyposażenia umożliwiającego wykonanie wszystkich czynności przy pacjencie – zarówno ze względu na ochronę pacjenta przed powikłaniami, jak również ochronę personelu przed urazami kręgosłupa (Kędziora-Kornatowska, Muszałik i Skolmowska, 2010, strony 263-270).

### *Specyfika opieki nad osobami z HIV/AIDS*

Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym od stycznia 2017 roku finansowany jest także dla pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych HIV. Do stycznia 2017 roku, pacjenci zakażeni HIV lub pacjenci z AIDS również pozostawali pod opieką tych placówek, jednak nie było osobnego produktu dedykowanego rozliczaniu tej grupy pacjentów. W 2015 roku pod opieką ZOL/ZPO przebywało 148 pacjentów z rozpoznaniem wskazującym na zakażenie HIV lub chorobę AIDS (na podstawie danych pochodzących z bazy NFZ za 2015 rok).

W Polsce specjalistycznym leczeniem antyretrowirusowym (ARV) objęte są wszystkie osoby, u których wykryto zakażenie HIV i które chcą poddać się terapii<sup>1</sup>. Obecnie leczy się blisko 9,5 tys. pacjentów.

---

<sup>1</sup> Terapia antyretrowirusowa jest finansowana w ramach Programu, również dla pacjentów przebywających w ZOL/ZPO.

System opieki medycznej nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS wygląda inaczej niż dla większości jednostek chorobowych. Terapia jest prowadzona oraz finansowana w ramach programu polityki zdrowotnej ministra zdrowia, jako program priorytetowy. Leki antyretrowirusowe, testy do monitorowania terapii, profilaktyka poekspozycyjna, szczepionki dla dzieci urodzonych przez matki zakażone HIV, testy dla kobiet ciężarnych, szczególnie w przypadku ciąży patologicznych, są bezpłatne. W Polsce dostępne są wszystkie leki ARV, które uzyskały zgodę Europejskiej Agencji Leków (*European Medicines Agency*, EMA). Leczenie odbywa się w 22 specjalistycznych ośrodkach na terenie całej Polski. Ze względu na brak rejonizacji, wybór placówki należy do pacjenta (Chabiński, 2016).

W Polsce istnieją dwa zakłady sprawujące opiekę nad pacjentami z HIV/AIDS. Z korespondencji prowadzonej przez świadczeniodawców z Ministerstwem Zdrowia wynika, że opieka nad pacjentami zakażonymi HIV lub chorych na AIDS wiąże się z wyższymi kosztami, ze względu:

- na problemy medyczne: infekcje oportunistyczne, polipragmazję, konieczność sprawowania wielospecjalistycznej opieki medycznej, leczenie zaburzeń psychicznych na podłożu organicznym w przebiegu infekcji HIV, uzależnienie od substancji psychoaktywnych;
- konieczności wyjazdu do klinik chorób zakaźnych na terenie kraju w celu konsultacji ordynowania leków antyretrowirusowych.

Dla porównania zakłady opieki długoterminowej, które mogą stanowić odpowiednik polskich ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS zaczęły funkcjonować w Stanach Zjednoczonych w 1989 roku. Dostrzeżono wtedy, że potrzeby osób z HIV/AIDS wymagających opieki długoterminowej są odmienne od populacji osób w wieku podeszłym również wymagających tej formy opieki. Dla porównania wiele osób zakażonych HIV to osoby młode, pochodzące z mniejszości (rasowych lub etnicznych), często w przeszłości uzależnione, a także z poważnymi zaburzeniami psychicznymi. Znaczna część tych osób nie mogła wtedy uzyskać odpowiedniego wsparcia socjalnego, które odpowiadałoby rzeczywistym potrzebom zdrowotnym i tym związanym z funkcjonowaniem. Stało się jasne, że dotychczasowy model opieki długoterminowej musi sprostać tym potrzebom, zwłaszcza w odniesieniu do świadczeń związanych z leczeniem uzależnień, a także opieką psychiatryczną. We wczesnych latach 80. ubiegłego wieku osoby z AIDS wymagające opieki w zakładach opieki długoterminowej często miały trudności w dostaniu się do tego typu placówek i umierały w trakcie długiej hospitalizacji. Problem z dostaniem się pacjentów z HIV/AIDS do placówek opieki długoterminowej wynikał m.in. z powodu obaw dotyczących wysokich kosztów opieki nad takimi pacjentami (wyższy koszt niż poziom refundacji), jak również obaw o reakcje personelu i innych podopiecznych. Trudności z umieszczeniem takich chorych w placówkach opieki długoterminowej stały się podstawą do tworzenia specjalnych programów opieki.

Chcąc zachęcić świadczeniodawców do zapewniania opieki osobom zakażonym HIV, placówkom specjalizującym się w świadczeniu opieki nad pacjentami z AIDS umożliwiono skorzystanie z podwyższonych stawek Medicaid. Standardowe narzędzie wykorzystywane do obliczania zużycia zasobów na pacjenta w zakładach opieki długoterminowej (*Resource Utilization Group Score*) zostało przystosowane do odzwierciedlenia rzeczywistych kosztów opieki nad pacjentami z HIV, które dotychczas nie były uwzględniane w tego rodzaju szacunkach. Ponadto zaobserwowano dwudziestoprocentowy wzrost kosztów bezpośrednich oraz wzrost refundacji świadczeń nad osobami uzależnionymi i wzrost kosztów leków. Placówki zapewniające opiekę nad pacjentom z AIDS otrzymały dodatkowe dofinansowanie w oparciu o dostosowanie do wskaźnika *Resource Utilization Group Score*. Liczba pacjentów z HIV oraz i koszty związane z ich leczeniem rosły szybciej niż można było rekonfigurować stawki, a w rezultacie wiele leków dla pacjentów z HIV w placówkach

specjalizujących się w terapii AIDS i dysponujących łózkami dla tej grupy chorych było bezpośrednio finansowanych przez Medicaid. Aby sprostać potrzebom tej stosunkowo nietypowej grupy pacjentów, zmodyfikowano typowy model długoterminowej opieki geriatrycznej. W efekcie utworzono trzy rodzaje placówek: instytucje zapewniające wysokospecjalistyczną opiekę dla osób zależnych lub wymagających rehabilitacji, instytucje oferujące opiekę ambulatoryjną pacjentom wymagającym częstej kontroli medycznej wraz z dodatkowymi świadczeniami oraz instytucje przypominające grupy terapeutyczne dla osób uzależnionych od narkotyków.

Przy użyciu metodologii odzwierciedlającej potrzeby ustalono docelową liczbę łóżek w zakładach opieki długoterminowej dla tej grupy pacjentów. Instytut ds. AIDS optował wówczas za rozwojem odpowiedniego zaplecza, umożliwiającego spełnienie zapotrzebowania osób chorych. Gdy opublikowano standardy i zasady finansowania, świadczeniodawcy składali wnioski uwzględniające zapotrzebowanie, państwo przyjmowało je, a w rezultacie nastąpił szybki wzrost liczby łóżek w placówkach świadczących opiekę nad pacjentami z AIDS. Prawdopodobnie odzwierciedlenie zmian w chronicznym charakterze potrzeb osób cierpiących na AIDS oraz wzrost liczby łóżek w opiece długoterminowej ukierunkowanej na specyficzne potrzeby pacjentów z HIV ukazują wzrost liczby chorych na HIV bardziej precyzyjnie niż liczba przypadków AIDS (Hoos, Chorost i Thomas, 2000).

Tworzenie ośrodków opieki długoterminowej dla pacjentów z HIV/AIDS zbiegło się również z poprawą dostępności do leczenia, zmniejszeniem zapotrzebowania na opiekę paliatywną i przeniesieniem ciężaru problemów na inny obszar. O ile dla jednych pacjentów leczenie wiązało się ze znaczną poprawą, o tyle dla wielu z nich efekty terapii były dużo bardziej ograniczone. W niektórych przypadkach było to związane z brakiem reakcji na leczenie, działaniami niepożądanymi, w innych z późnym stadium choroby, opornością na leki, ciężką demencją lub innym schorzeniami neurologicznymi. Dodatkowo było to związane z współwystępowaniem z zakażeniem HIV takich problemów jak nadużywanie narkotyków, ciężkie zaburzenia psychiczne, bezdomność lub inne czynniki mogące negatywnie wpłynąć na uzyskanie maksymalnych korzyści płynących z postępów w leczeniu (Selwyn i inni, 2000). W obu cytowanych wyżej publikacjach przytoczono charakterystykę pacjentów będących pod opieką jednego z pierwszych ośrodków opieki długoterminowej dla pacjentów z HIV/AIDS. Poniżej przedstawiono charakterystykę pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej w USA w latach 1995–1999.

**Tabela 6 Charakterystyka kliniczna i czynniki ryzyka u pacjentów przyjętych do zakładu opieki długoterminowej dla chorych na AIDS (Hoos, Chorost i Thomas, 2000)**

Charakterystyka kliniczna	n=180
Stadium C3 HIV (AIDS)	88%
Liczba limfocytów T CD4+ (mediana)	24 komórki/mm <sup>3</sup> (zakres 0-1,150)
Średnia liczba chorób definiujących AIDS	3,0
Skala Karnofsky'ego (mediana)	40 (zakres 10-90)
Wynik MMSE (mediana)	23/30
Sprawność ruchowa	
Nie wymaga pomocy	55%
Wymaga pomocy	15%
Porusza się na wózku inwalidzkim	19%
Pacjent leżący	11%
Upośledzenie w jednym obszarze lub większej ilości obszarów wg skali ADL	52%
Kategoria ryzyka zakażeniem HIV	
Zażywanie narkotyków w formie iniekcji	57%
Kontakty heteroseksualne	21%

Charakterystyka kliniczna	n=180
Kontakty homoseksualne męskie	17%
Nieznana/inna	3%
Zażywane substancje	
Heroina lub kokaina (w przeszłości)	65%
Heroina lub kokaina (obecnie)	12%
Zachowawcze leczenie metadonem	12%

**Tabela 7 Podstawowa choroba neurologiczna lub psychiatryczna u osób przebywających w zakładzie opieki długoterminowej dla chorych na HIV/AIDS (n=180)\* (Hoos, Chorost i Thomas, 2000)**

Choroba	Procentowy udział pacjentów (%)
Choroby neurologiczne w przebiegu zakażenia HIV*	48
HIV-demencja/ encefalopatia	32
Neuropatia	19
Postępująca leukoencefalopatia wieloogniskowa **	7
Toksoplazmoza mózgowia	7
Mielopatia	5
Chłoniak ośrodkowego układu nerwowego	4
Wirusowe zapalenie mózgu	4
Kryptokokoza	3
Udar	3
Epilepsja/napady drgawkowe***	9
Choroby psychiatryczne*	44
Depresja/choroba afektywna	29
Zaburzenia lękowe	11
Schizofrenia/psychoza	8
Choroba dwubiegunowa	4
Upośledzenie umysłowe	3
Zespół stresu pourazowego	2
Inne	3

\*Wartości procentowe odzwierciedlają liczbę osób przebywających w zakładzie lub zdiagnozowanych podczas przyjęcia do zakładu. Osoby przebywające w placówce mogą przynależeć do jednej lub więcej kategorii.

\*\*domniemana i potwierdzona

\*\*\* pacjent chorował wcześniej, choroba nie jest związana z HIV

**Tabela 8 Leki przyjmowane przez pacjentów zakładu opieki długoterminowej dla osób z HIV/AIDS (n=180) (Hoos, Chorost i Thomas, 2000)**

Rodzaj leków	Procentowy udział pacjentów przyjmujący lek
Terapia antyretrowirusowa	87
<i>Pneumocystis carinii</i> – profilaktyka zapalenia płuc	86
Leki przeciwgrzybicze	68
Leki przeciwwirusowe	31
≥ 1 czynnik	67
≥ 2 czynniki	42
Inne antybiotyki	68
Analgetyki*	67
Opioidowe	48
Nieopiodowe	36
Leki psychiatryczne*	64
Benzodiazepiny	32
Antydepresanty	22
Środki uspokajające/nasenne	23
Neuroleptyki	12
Leki żołądkowo-jelitowe (np. leki przeciwwymiotne, przeciwbiegunkowe, blokery receptora H <sub>2</sub> , leki prokinetyczne)	55

Rodzaj leków	Procentowy udział pacjentów przyjmujący lek
Leki oddziałujące na układ oddechowy (np. przeciwhistaminowe, leki udrożniające górne drogi oddechowe, leki rozszerzające oskrzela)	30
Cytokiny (np. erytropoetyna, czynnik stymulujący tworzenie kolonii granulocytów)	30
Leki stymulujące łaknienie/anaboliki	26
Leki stosowane w chorobach układu krążenia	12
Leki przeciwdrgawkowe	12
Kortykosteroidy	10

\* Pacjenci mogą przyjmować więcej niż jeden analgetyk i lek psychiatryczny.

Również największe kanadyjskie badanie przeprowadzone na populacji osób z HIV (badaniem objęto 1 608 osób w 2014 roku) wskazuje na znaczne prawdopodobieństwo zachorowania na zapalenie płuc oraz gruźlicę. W opiece długoterminowej zaobserwowano też zwiększone ryzyko zachorowania na bakteryjne infekcje skóry i jelit odporne na antybiotyki. Ponadto zakażenia krwi zagrażające życiu występowały częściej wśród osób z HIV niż w przypadku osób niezakażonych. Kanadyjscy badacze podkreślają również społeczną izolację, która dodatkowo przyczynia się do konieczności stosowania leków psychotropowych (przeciwłękowych, przeciwdepresyjnych, przeciwpsychotycznych, nasennych, stabilizujących nastrój i uspokajających). Również badania przeprowadzone w Danii na grupie 3 615 osób zakażonych HIV potwierdzają, że pacjenci ci borykają się z chorobami psychicznymi i zażywają różnorodne leki psychotropowe (Hosein, Older people with HIV face different long-term health challenges, 2016).

Od czasu zastosowania leczenia antyretrowirusowego zakażenie HIV stało się chorobą przewlekłą. Zmieniło się wobec tego także podejście do zakażenia zarówno chorego, jak i lekarza. Pacjenci dość szybko przyzwyczajali się do nowej wizji choroby. Zdarza się obecnie, iż osoby wykazujące ryzykowne zachowania często stwierdzają, że skoro istnieją leki, nie trzeba przestrzegać zasad ograniczających transmisję zakażenia. Drugim istotnym problemem, znanym wszystkim lekarzom zajmującym się przewlekłymi chorobami, jest zmęczenie psychiczne długotrwałym leczeniem. Często po 2–3 latach terapii regularne przyjmowanie leków zaczyna sprawiać pacjentom dużą trudność. Mimo że w terapii HAART systematyczne przyjmowanie dawek jest bardzo istotne, o czym chorzy są wielokrotnie informowani, obserwuje się coraz częściej opuszczanie dawek leków, a w skrajnych sytuacjach nawet rezygnację z terapii (Barańkiewicz, 2006, str. 173).

Coraz więcej osób cierpiących na HIV żyje dłużej ze względu na powszechne wykorzystanie leczenia antyretrowirusowego, co powoduje konieczność przystosowania usług opiekuńczych do zmieniających się potrzeb pacjentów (Hosein, Older people with HIV face different long-term health challenges, 2016). W związku z tym ważnym aspektem opieki na osobami z HIV jest starzenie się pacjentów. Choć istnieje wiele środków ograniczających wpływ starzenia na przebieg choroby, część pacjentów z upływem lat wymaga innej formy opieki. W Kanadzie założenia obejmują utworzenie systemu opieki domowej pozbawionej stygmatyzacji pacjentów, tworzenie ośrodków opieki długoterminowej, opiekę i kuratelę oraz opiekę paliatywną. Zapotrzebowanie na taką formę opieki może być szczególnie wysokie wśród osób z HIV, które doświadczyły odrzucenia przez rodziny i społeczność ze względu na swoją chorobę, orientację homoseksualną i inne okoliczności przyczyniające się do izolacji społecznej (Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS, 2016). Należy zauważyć, że u osób starzejących się, u których zdiagnozowano HIV, występują liczne choroby przewlekłe, które rzutują na konieczność opracowania strategii zmierzających nie tyle wyleczeniu choroby, co utrzymaniu funkcjonalności pacjenta (High, Brennan-Ing i Clifford, 2012).



Istotną kwestią jest również obniżenie poziomu jakości życia u osób z HIV. Wyniki przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii w latach 2011–2012 badania na 5% populacji osób, u których zdiagnozowano HIV jednoznacznie wskazały na obniżenie jakości życia. Chorzy, których średni wiek wynosił 45 lat, zwracali uwagę w szczególności na problemy z poruszaniem się, pielęgnacją, wykonywaniem codziennych czynności, ból i/lub dyskomfort, a także lęk i/lub depresję. W badaniu wzięły udział również osoby, u których nie zdiagnozowano HIV, a różnice wyników pomiędzy obiema grupami były statystycznie znaczące. Przykładowo na obniżenie jakości życia w związku z lękiem skarżyło się 30% osób z negatywnym wynikiem oraz aż połowa pacjentów z HIV (Hosein, Long-term HIV infection and health-related quality of life, 2014).

Opieka nad osobą zakażoną HIV i/lub chorą na AIDS opiera się na realizacji procesu pielęgnowania. Proces ten w objawowym zakażeniu wirusem HIV uzależniony będzie między innymi od: obrazu klinicznego, patogenu powodującego zakażenie oportunistyczne, pojawiającego się problemu pielęgnacyjnego, zmian zachodzących w stanie pacjenta oraz skuteczności podejmowanych działań leczniczych, diagnostycznych, pielęgnacyjnych i edukacyjnych. Różnorodność problemów biopsychospołecznych, które dotyczą osoby zakażonej HIV i chore na AIDS, wymaga często konsultacji wielu specjalistów (chorób zakaźnych, chirurgów, kardiologów, internistów, neurologów, neurochirurgów, dermatologów, onkologów, psychiatrów itd.). Pielęgniarki oprócz profesjonalnej, instrumentalnej pracy w sytuacjach patologicznych, gdzie niezbędne jest fachowe asystowanie i właściwe rozpoznawanie aktualnych i potencjalnych problemów zdrowotnych pacjentów, mają za zadanie dążenie do poprawy stanu ich zdrowia i jakości życia, przygotowanie do samoopieki, stymulowanie zrozumienia i akceptacji sytuacji, w jakiej się znaleźli.

Opieka nad osobami z HIV/AIDS wymaga ponadto zastosowania szczególnych środków ostrożności. Największe ryzyko zakażenia wirusem HIV w placówkach ochrony zdrowia jest związane z ekspozycją na krew. Podstawowym sposobem zapobiegania zakażeniu wirusem HIV wśród pracowników służby zdrowia jest więc unikanie bezpośredniego kontaktu z krwią pacjentów. Zakażenie wirusem HIV w wyniku wykonywanej pracy należy jednak do rzadkości. Udowodniono, że po jednorazowej ekspozycji przezskórnej ryzyko zakażenia HIV wynosi ok. 0,32%. W Polsce dotychczas nie stwierdzono zakażenia wirusem HIV wśród pracowników służby zdrowia w związku z wykonywaną pracą. Na świecie zawodowemu zakażeniu HIV uległo ok. 300 osób pracujących w służbie zdrowia, natomiast pozostali HIV-dodatni pracownicy medyczni ulegli zakażeniu niezawodowemu.

Największe ryzyko zakażenia HIV w placówkach służby zdrowia spowodowane jest przerwaniem ciągłości skóry przy użyciu zanieczyszczonych igieł lub innych ostrych przedmiotów. Do większości zranień, prowadzących do zakażenia wirusem HIV, dochodzi poprzez zakłucie igłą. Często ma to miejsce w chwili zakładania nasadki na igłę, czyszczenia, niewłaściwego składowania i usuwania ostrych przedmiotów.

Każda placówka służby zdrowia powinna mieć wypracowane standardy postępowania w przypadku skażenia lub innego rodzaju ekspozycji na zakażenie.

Właściwe planowanie oraz zarządzanie zaopatrzeniem stanowi podstawę zmniejszenia zawodowego ryzyka zakażenia HIV. Powinno obejmować ocenę stopnia ryzyka, ustalenie standardów oraz protokołu bezpieczeństwa, zmniejszenie ryzyka, poekspozycyjną obserwację odległą oraz postępowanie bezpośrednie po narażeniu na zakażenie. Ryzyko zawodowe można zmniejszyć przez wprowadzenie technik zapobiegających lub zmniejszających napięcie, przestrzeganie optymalnego obciążenia pracą oraz zapewnienie szkoleń i nadzoru. Zespół wypalenia zawodowego personelu przejawiający się

wyczerpaniem, utratą energii i motywacji, stanowi największe zagrożenie w pracy. Może bowiem zwiększać ryzyko zawodowe ekspozycji na zakażenie HIV (Dąbrowska-Jędral, 2008).

Oprócz opieki długoterminowej pacjenci zakażeni HIV lub chorzy na AIDS mogą również zostać objęci opieką paliatywną z powodu rozsiewu choroby nowotworowej. Wśród pacjentów HIV-dodatnich, objętych opieką paliatywną, zdecydowanie częściej zdarzają się osoby bardziej wyniszczone, już przed wystąpieniem choroby nowotworowej, często z mniejszą masą mięśniową, co ma istotne znaczenie przy rozpoznawaniu oraz kwalifikacji leczenia kacheksji. Ponadto osoby zakażone HIV zgłaszają więcej nieprzyjemnych objawów o typie pieczenia, swędzenia, mrowienia oraz różnie nasilonego bólu neuropatycznego. Część z nich stanowi powikłanie samego zakażenia HIV, część to objaw zakażeń towarzyszących oraz działania ARV. Typowym objawem z tej grupy jest symetryczna dystalna polineuropatia (Medycyna Praktyczna, 2016).

#### Koszty pośrednie opieki długoterminowej

Opieka nieformalna stanowi największe źródło opieki nad osobami starszymi i zależnymi. Większość opiekunów nieformalnych to osoby w wieku produkcyjnym lub osoby starsze zapewniające opiekę swoim zależnym małżonkom. Z perspektywy budżetu państwa opieka nieformalna jest postrzegana jako forma opieki efektywna kosztowo. Takie podejście nie uwzględnia jednak kosztów pośrednich opieki nieformalnej, które obejmują utracone dochody czy zdrowie nieformalnych opiekunów. Opiekunowie w wieku produkcyjnym bywają zmuszeni do rezygnacji z pracy zawodowej ze względu na trudności w pogodzeniu opieki i zatrudnienia. Ta sytuacja jest szczególnie trudna dla kobiet, które w późniejszym okresie mogą mieć problemy ze znalezieniem pracy. Przeciążenie opieką emerytów opiekujących się swoimi starszymi, zależnymi małżonkami może prowadzić do pogorszenia stanu ich zdrowia i negatywnie wpływać na samopoczucie. Zarówno poświęcenie zdrowia, jak i zaniechanie zatrudnienia można więc postrzegać jako koszty pośrednie opieki długoterminowej.

W niezinstytucjonalizowanej opiece długoterminowej istotnym problemem jest wpływ na zdrowie opiekunów. Zaobserwowano ścisły związek między świadczeniem opieki i stanem zdrowia opiekunów, w szczególności w przypadku wspólnego zamieszkania opiekuna i osoby objętej opieką. Prawdopodobnymi powodami takiego stanu rzeczy może być fizyczne przemęczenie realizacją codziennej opieki nad osobą, która nie może zaspokoić swoich potrzeb, a także obciążenie emocjonalne. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w 2009 roku wykazały też, że opiekunowie mają więcej objawów depresji niż osoby, które nie świadczą opieki. Ponadto u opiekunów zaobserwowano częstsze występowanie chorób serca.

W niektórych państwach Unii Europejskiej rodziny zlecają opiekę nad zależnymi członkami rodziny opiekunom, którzy są migrantami zarobkowymi. Takie rozwiązanie pozwala na pogodzenie opieki nad zależnymi krewnymi oraz utrzymanie zatrudnienia. Dzięki zasiłkom opiekuńczym opiekunowie będący migrantami zarobkowymi pełnią istotną rolę w zapewnianiu opieki w wielu krajach europejskich, zapewniając osobom starszym dostęp do opieki przy możliwości pozostania we własnym domu (Komisja Europejska, 2013).

Należy nadmienić, że literatura przedstawiająca efektywność kosztową opieki długoterminowej obejmuje wyłącznie koszty bezpośrednie, jakie ponosi płatnik i nie prezentuje bezpośrednich ani też pośrednich kosztów opieki przez osoby takie jak członkowie rodziny czy przyjaciele chorego. W związku z tym im więcej osób jest objętych opieką nieformalną, tym mniej wydatków jest przeznaczanych na formalne świadczenia opiekuńcze. Przykładowo kanadyjskie badania z lat 90. wskazują na ogromny udział takiej formy opieki, a według szacunków 80% opieki nad osobami starszymi była wówczas

realizowana przez nieformalnych opiekunów, natomiast od 70 do 90% osób starszych z problemami zdrowotnymi w całości lub częściowo polegała na opiece nieformalnej. Ze względu na fakt, iż ta forma opieki jest zwykle wyceniana jako zerowy koszt, w Kanadzie następowało wówczas przesunięcie kosztów z formalnego systemu opieki do nieformalnego. Kanadyjskie badanie potwierdziło, że dana osoba otrzymuje opiekę zinstytucjonalizowaną tylko wówczas, gdy opieka nieformalna nie jest wystarczająca.

Ze społecznego punktu widzenia opieka nieformalna odzwierciedla rzeczywiste wykorzystanie zasobów (przykładowo czas spędzony na świadczeniu opieki, który mógłby być przeznaczony na pracę lub jako czas wolny), a w związku z tym koszty społeczno-ekonomiczne. W celu ustalenia sposobu wyceniania opieki nieformalnej należy zdefiniować termin „świadczenie opieki”, a także wprowadzić rozróżnienie pomiędzy czynnościami, które opiekun nieformalny wykonywał zawsze, a tymi, które są wykonywane ze względu na potrzeby zdrowotne chorego. Ze względu na fakt, iż tylko ta druga grupa działań byłaby realizowana w ramach systemu opieki formalnej, tylko te czynności powinny być uwzględnione w kalkulacji kosztów społecznych. (Health Transition Fund, Health Canada, 2002, strony 23-24).

### 2.1.2. Opis procedury

Jedną z niepodważalnych zasad opieki długoterminowej jest jej kompleksowość. Obecnie uważa się, iż połączenie świadczeń pielęgnarskich i usług opiekuńczych w jeden kompleks koordynowany i nadzorowany przez profesjonalną pielęgniarkę daje szansę na rozwój dobrej jakościowo opieki długoterminowej.

Wśród czynników, które charakteryzują pracę z pacjentami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi można wyróżnić:

- samodzielność stanowiska pracy,
- sprawowanie opieki nad pacjentem ze złożonymi problemami zdrowotnymi i życiowymi,
- duży zakres działań edukacyjnych i wsparcia na rzecz podopiecznych,
- współudział pacjenta i jego rodziny w wyborze metody leczenia i organizacji opieki,
- konieczność integracji świadczeń z różnych zakresów: medycznych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych, socjalnych, prawnych itp.,
- potrzeba nawiązania efektywnej współpracy z członkami zespołu terapeutycznego.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki należy uznać, iż podstawowe kwalifikacje pielęgniarek mogą być niewystarczające, aby właściwie sprawować opiekę długoterminową nad pacjentem. W edukacji pielęgniarek podejmujących zatrudnienie w obszarze opieki długoterminowej dużo uwagi powinno się poświęcić na kształtowanie właściwych postaw etycznych, dojrzałości zawodowej i profesjonalizmu.

Głównym celem działania pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa opieki długoterminowej jest ustalenie obszaru świadczenia medycznego w zakresie opieki i pielęgnacji oraz koordynowanie i monitorowanie działań w odniesieniu do osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Udzielanie świadczeń obejmuje działania związane z oceną stanu zdrowia w kontekście ustalenia stopnia niesamodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, kompensowanie utraconej sprawności w zakresie samopielęgnacji oraz współuczestniczenie w procesie leczenia.

Praca pielęgniarki specjalisty opieki długoterminowej jest pracą samodzielną, ale jednocześnie wymaga ścisłej współpracy z lekarzem, zespołem terapeutycznym oraz organizacjami działającymi na rzecz pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Ze względu na specyfikę pracy z osobą

częściowo lub całkowicie uzależnioną od pomocy pielęgniarzki niezwykle ważna jest współpraca z rodziną i innymi opiekunami pacjenta. Specjalista wykonuje także zadania związane ze szkoleniem personelu, rodzin i opiekunów pacjentów. W realizacji świadczeń dla pacjenta przewlekle chorego i niepełnosprawnego pielęgniarzka specjalista opieki długoterminowej powinna wykazywać się dużą wiedzą w zakresie zmian inwolucyjnych w procesie starzenia się, zmian i zagrożeń powstających w wyniku chorób przewlekłych, prowadzących do niepełnosprawności i niesamodzielności (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, strony 19-20).

Liczną grupę pacjentów opieki długoterminowej stanowią osoby ze schorzeniami neurologicznymi oraz pacjenci z powikłaniami w przebiegu chorób naczyniowych, metabolicznych lub urazów mechanicznych. Opieka nad pacjentem po udarze, pacjentem z zespołem psychoorganiczno-otępiennym, czy pacjentem z chorobą zwyrodnieniową wymaga uwzględnienia wszystkich fizycznych, psychicznych, emocjonalnych i społecznych aspektów choroby przewlekłej. Interwencje pielęgniarzkie będą dotyczyły rozwiązywania problemów wynikających z deficytu w sferze ruchowej, samoobsługi, problemów wynikających z ograniczonej aktywności fizycznej lub długotrwałego unieruchomienia, a także problemów wynikających z adaptacji do życia z chorobą przewlekłą. Pielęgniarzka podejmuje działania w celu poprawy ogólnej wydolności fizycznej i wydolności narządów wewnętrznych poprzez udział w leczeniu i usprawnianiu. Odrębną grupę problemów u tych pacjentów stanowi deficyt w samodzielności w czynnościach higienicznych, zaspokajania potrzeb fizjologicznych i samodzielnego odżywiania.

Urazy rdzenia kręgowego, jako skutki wypadków komunikacyjnych, urazów mechanicznych oraz sportowych, powodują przewlekłe a nawet trwałe zmiany i są przyczyną wielu problemów natury psychicznej i społecznej. Mogą także wystąpić takie powikłania jak zaburzenia sprawności seksualnej, zaburzenia emocjonalne wynikające z długotrwałego unieruchomienia, bolesnej i długotrwałej rehabilitacji, pogorszenia się kontaktów społecznych. W tym wypadku interwencje pielęgniarzki opieki długoterminowej obejmują zapobieganie takim powikłaniom jak odleżyny i oparzenia, spastyczność, która znacznie utrudnia lub uniemożliwia wszelką aktywność fizyczną, infekcje układu moczowego i oddechowego. Zakres koniecznej całościowej opieki pielęgniarzkiej jest bardzo szeroki i uwzględnia w pierwszej kolejności działania poprawiające komfort codziennego funkcjonowania: czynności higieniczne, zmiany pozycji złożeniowej, karmienie. Równie istotnym zadaniem pielęgniarzki (pielęgniarka) opieki długoterminowej jest motywowanie chorego do podejmowania trudu aktywności w zakresie usprawniania i rehabilitacji, korzystania z niezbędnego sprzętu pomocowego. Przewlekły, specyficzny charakter tych urazów u osób w różnym wieku i w różnej sytuacji rodzinnej i osobistej powoduje skrajne wyczerpanie fizyczne i psychiczne, co może prowadzić do przewlekłych stanów lękowo-depresyjnych, stanów apatycznych, depresji. Działania zapobiegawcze muszą uwzględniać szeroką pomoc o charakterze psychoterapeutycznym.

Wśród schorzeń przewlekłych objętych opieką pielęgniarzki są schorzenia narządu ruchu, które wiążą się ze stałym przyjmowaniem leków, obrzękami i dolegliwościami bólowymi utrudniającymi nawet najniższą aktywność, w tym wykonywanie ćwiczeń usprawniających, oraz przewlekłym zmęczeniem, ryzykiem wystąpienia skutków ubocznych leczenia. Wśród tej grupy schorzeń należy wymienić między innymi chorobę zwyrodnieniową stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, dnę moczanową. Podstawowe interwencje pielęgniarzkie w opiece długoterminowej obejmują równoległe zwalczanie bólu różnymi technikami i usprawnianie funkcjonalne. Uwolnienie chorego od bólu ułatwia pielęgniarce pomoc w poprawie samodzielności w zakresie czynności samoobsługowych spowodowanych zmniejszoną sprawnością kończyn. Szczególnej uwagi wymaga brak adaptacji

zmienionego stanu zdrowia i niepełnosprawności chorego, co może prowadzić do niechęci, obniżenia nastroju i depresji, oraz strategia, którą wybrał chory w procesie radzenia sobie z chorobą.

Odrębne problemy zdrowotne i pielęgnacyjne dotyczą: osób z niepełnosprawnością fizyczną, u których występuje czasowe lub trwałe uszkodzenie narządu ruchu, zaburzenia mowy; osób z niepełnosprawnością sensoryczną, czyli niedowidzących i niewidomych, niedosłyszących i niesłyszących oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wśród wielu zadań realizowanych przez pielęgniarkę wobec pacjenta z niepełnosprawnością jest między innymi zapobieganie pogłębianiu się wszelkich deficytów i/lub powstawaniu nowych, maksymalne rozwijanie sił i zasobów biologicznych, usprawnianie uszkodzonych lub zaburzonych funkcji intelektualnych i fizycznych, stymulowanie rozwoju, usprawnianie ruchowe i psychoruchowe, a także dążenie do osiągnięcia przez pacjenta – niezależnie od wieku – optymalnego poziomu samodzielności w podstawowych sferach życia (Bielawska, 2015).

Z punktu widzenia struktury wykorzystania czasu pracy przez pielęgniarki pracujące w zakładach opieki długoterminowej, znacząca rolę odgrywają warunki organizacyjno-techniczne wynikające ze specyfiki oddziałów i sposobów zarządzania nimi. Całkowity czas pracy pielęgniarek składa się z pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej, działań związanych z koordynowaniem oraz przerw w pracy. Z badania przeprowadzonego w czterech zakładach opiekuńczo-leczniczych, jednym zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i jednym oddziale dla przewlekle chorych wynika, że czas pielęgnacji bezpośredniej wynosił 43,05%, a 56,95% czasu całkowitego zajmują czynności pozapielęgnacyjne. Pielęgniarki stosunkowo dużo czasu przeznaczają na zadania administracyjne i czynności niewymagające kwalifikacji pielęgniarzkich oraz na przerwy, w tym na czynności osobiste. Pośrednia opieka obejmowała przygotowanie do bezpośredniej pielęgnacji, czynności związane z koordynacją i bieżącą organizacją pracy. W ramach pośredniej opieki pielęgniarki wykonywały również czynności związane z dokumentacją i komunikacją personelu (Markiewicz i Ksykiewicz-Dorota, 2009).

Należy nadmienić, iż opieka nad przewlekle chorymi i starszymi przebywającymi w instytucjach ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest niewystarczająca, a domowa opieka wymaga nowych rozwiązań z udziałem zespołu opiekuńczego i pomocników nieformalnych. Kształcenie w zawodzie opiekun medyczny jest jedną z odpowiedzi na potrzebę zmian w sprawowaniu opieki nad przewlekle chorymi i niesamodzielnymi pacjentami. Opiekun medyczny to osoba profesjonalnie przygotowana do pomocy niesamodzielnemu choremu w zaspokajaniu jego podstawowych potrzeb życiowych oraz podtrzymaniu podstawowej aktywności fizycznej i intelektualnej. Do zadań opiekuna medycznego należy rozpoznanie i zaspokajanie potrzeb osoby chorej i niesamodzielnej zgodnie z zaleceniem lekarza i pielęgniarki. Przy czym kompetencje opiekuna medycznego stanowią część kompetencji pielęgniarki, co pozwoli z kolei na efektywniejsze wykorzystanie wysokospecjalistycznych umiejętności pielęgniarzkich. Dołączenie opiekuna medycznego do organizacji zespołowej opieki nad chorymi nie powoduje wzrostu jej kosztów, a nawet poprzez zapobieganie zaostrzeniom przewlekłych chorób może znacząco je zmniejszyć (Werachowska, Damps-Konstańska i Janowicz, 2013).

## 2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

W Polsce największą rolę w zakresie świadczenia opieki długoterminowej odgrywa rodzina, choć według badań europejskich tendencja jej udziału jest malejąca. W bardzo wielu przypadkach sprawowanie opieki nie jest jednak dobrowolną decyzją, ale koniecznością. Tylko w określonych przypadkach obowiązki opieki przejmują instytucje publiczne. Zadania w zakresie pomocy osobom

niesamodzielnym są w Polsce podzielone między: system opieki społecznej i zdrowotnej. Ponadto w realizacji tych zadań uczestniczą organizacje pozarządowe oraz coraz szybciej rozwijający się sektor prywatny.

Opieka długoterminowa w Polsce dotyczy dwóch obszarów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Przed rokiem 1990 opieka długoterminowa realizowana była przede wszystkim przez pielęgniarki środowiskowe oraz domy pomocy społecznej (Kuźmich, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 16). Obecnie Sektor opieki zdrowotnej proponuje trzy rodzaje zakładów opieki długoterminowej: zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz domy opieki paliatywnej (DOP), (Bank Światowy, 2015, str. 24).

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego stają się jednymi z najbardziej potrzebnych świadczeń w sytuacji wydłużającego się życia ludzkiego i rozwoju medycyny. W ramach usług uwzględniane są nie tylko świadczenia typowo pielęgnacyjne, ale również konsultacje lekarzy, rehabilitacja oraz środki farmakologiczne. Usługi świadczone w ZPO i ZOL są w większości finansowane z NFZ, który kontraktuje niezbędne świadczenia w ramach służby zdrowia. Pobierana składka ubezpieczenia zdrowotnego ma zapewnić opiekę zdrowotną, a także opiekę długoterminową w takim samym wymiarze, bez względu na statut materialny bądź rodzaj choroby. Określenie ceny świadczonych usług jest uzależnione od kryteriów podziału samych beneficjentów, przede wszystkim uwzględniając ich wiek, prawo do świadczeń emerytalno-rentowych oraz do ubezpieczenia zdrowotnego. Znaczna część świadczeń finansowana jest przez NFZ, natomiast druga część jest opłacana przez samego pacjenta (w przypadku osoby z prawem do świadczeń emerytalno-rentowych jest to 70% miesięcznych dochodów, ale nie więcej niż 250% najniższej, miesięcznej emerytury), (Mitek, 2014, str. 924).

### ***Rozporządzenie „koszykowe”***

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych definiuje i określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn. Dz.U. 2015, poz. 1658)*.

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

Świadczenia gwarantowane obejmują:

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

- edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
- badania diagnostyczne,
- leki.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w warunkach stacjonarnych, są udzielane:

- choremu wymagającemu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, który powinien kontynuować leczenie;
- pacjentowi niewymagającemu hospitalizacji na oddziale szpitalnym, który w ocenie skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymał 40 punktów lub mniej (wymóg oceny skalą Barthel nie dotyczy dzieci do ukończenia 3 roku życia).

Samodzielność pacjenta oceniają:

- przed przyjęciem do zakładu opiekuńczego – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego;
- w dniu przyjęcia do zakładu opiekuńczego oraz pod koniec każdego miesiąca – lekarz i pielęgniarka danego zakładu opiekuńczego.

Jeżeli w ocenie skalą Barthel pacjent otrzyma 40 punktów lub mniej, a podstawą do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie – nie zostanie on przyjęty do zakładu opiekuńczego. Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową – po spełnieniu określonych wymagań – może zostać objęty opieką paliatywną i hospicyjną, natomiast pacjentowi z chorobą psychiczną przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W poniższej tabeli przedstawiono warunki udzielania świadczeń opiekuńczych.

**Tabela 9 Warunki udzielania świadczeń**

Zakłady opiekuńcze dla dorosłych	
Lekarze	<p>Przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub medycyny ogólnej, lub chirurgii ogólnej, lub geriatrii, lub gerontologii oraz zapewnia się konsultację specjalistyczną przez co najmniej lekarza specjalistę psychiatrii oraz neurologii lub częściowe etaty przeliczeniowe:</p> <p>1) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny ogólnej, lub geriatrii, neurologii, psychiatrii, lub</p> <p>2) lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub geriatrii, neurologii, psychiatrii (aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczęcią i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne),</p> <p>Przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej oraz częściowe etaty przeliczeniowe:</p> <p>1) lekarza specjalisty w dziedzinie: psychiatrii i lekarza specjalistę w dziedzinie chorób zakaźnych lub</p> <p>2) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób zakaźnych, lub</p>

	3) lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób zakaźnych, (aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczęcią i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne).
Pielęgniarki	Z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów: 1) w dziedzinie opieki długoterminowej lub 2) w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłych chorych i niepełnosprawnych, lub 3) w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4) w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub 6) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 7) w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 8) w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub 9) specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych kursów – łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy
Pozostały personel	1) osoba, która: a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2 435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1 440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra, lub b) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej, lub f) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji, lub g) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii, zwana dalej „osobą prowadzącą fizjoterapię”; – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek (równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek), – w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek), – w zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców będących w stanie wegetatywnym (którzy nie są w stanie przełykać i są karmieni przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię lub pozajelitowo), a którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów – udziela świadczeń w łącznym wymiarze ¼ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko); 2) psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek; 3) osoba, która: a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub b) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub c) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub d) rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii, zwana dalej „logopedą”; 4) osoba, która: a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata,



	<p>b) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego,</p> <p>c) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktora terapii zajęciowej,</p> <p>d) ukończyła przed dniem 1 października 2011 r. studia wyższe w specjalności terapia zajęciowa, obejmujące co najmniej 1 665 godzin kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu terapeuty zajęciowego i uzyskała tytuł licencjata,</p> <p>e) rozpoczęła po dniu 30 sierpnia 2012 r. studia wyższe w zakresie terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 2000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała co najmniej tytuł licencjata, zwana dalej „terapeutą zajęciowym”;</p> <p>– udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia; osoba ta nie udziela świadczeń w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV;</p> <p>5) osoba, która:</p> <p>a) posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, z późn. zm.) lub posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286), lub</p> <p>b) uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi</p> <p>– w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia;</p> <p>6) dopuszcza się możliwość realizacji świadczeń przez osobę, która:</p> <p>a) rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub</p> <p>b) rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy lub ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, posiadająca kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych, zwaną dalej „opiekunem medycznym”.</p>
Sprzęt medyczny i pomocniczy	<p>1) w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>a) łóżka szpitalne o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem lub zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji,</p> <p>b) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn: materace przeciwoleżynowe, poduszki, podpórki, wałki,</p> <p>c) sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy: zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, parawany, pasy ślizgowe,</p> <p>d) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego: UGUL, cykloergometr, rotory, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, zestaw do elektroterapii z osprzętem,</p> <p>e) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej: stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, tablice do pisania, sprzęt audiowizualny, system haseł obrazkowo-tekstowych, sprzęt do nauki czynności życia codziennego,</p> <p>f) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek,</p> <p>g) ssak elektryczny – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek,</p> <p>h) inhalatory – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek,</p> <p>i) glukometry,</p> <p>j) aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,</p> <p>k) zestaw do reanimacji,</p> <p>l) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy,</p> <p>m) pompy infuzyjne,</p> <p>n) stetoskopy;</p> <p>2) dodatkowy sprzęt medyczny i pomocniczy dla świadczeniobiorców w stanie wegetatywnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów, znajdujący się w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>a) pulsoksymetr,</p> <p>b) zestaw z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheostomii, gastrostomii, konikotomii,</p>

	<p>c) samorozprężalny worek oddechowy z zastawką jednokierunkową i maską twarzą; 3) w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń:</p> <p>a) aparat EKG.</p>
Warunki lokalowe	<p>1) gabinet rehabilitacyjny; 2) gabinet do prowadzenia psychoterapii; 3) gabinet terapii zajęciowej; 4) sala dziennego pobytu.</p>
<b>Zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.</b>	
Lekarze	<p>Przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe:</p> <p>1) lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii, rehabilitacji lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, pediatrii, lub 2) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: neurologii, rehabilitacji lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, pediatrii, lub 3) lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: neurologii, rehabilitacji medycznej, pediatrii, (aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczęcią i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne).</p>
Pielęgniarki	<p>Z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów:</p> <p>1) w dziedzinie opieki długoterminowej lub 2) w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4) w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub 6) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 7) w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 8) w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub 9) specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych kursów – łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy.</p>
Pozostały personel	<p>1) osoba prowadząca fizjoterapię: – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek (równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek), – udziela świadczeń dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, będących w stanie wegetatywnym (którzy nie są w stanie przełykać i są karmieni przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię lub pozajelitowo), a którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów – udziela świadczeń w łącznym wymiarze ¼ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko); 2) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek; 3) logopeda; 4) terapeuta zajęciowy – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia; osoba ta nie udziela świadczeń w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV; 5) osoba, która: a) posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, z późn. zm.) lub posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2015 r. poz. 1286), lub b) uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień i posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia; 6) dopuszcza się możliwość realizacji świadczeń przez opiekuna medycznego.</p>

Sprzęt medyczny i pomocniczy	<p>1) w miejscu udzielania świadczeń:</p> <p>a) łóżka szpitalne o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem lub zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji,</p> <p>b) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn: materace przeciwoleżynowe, poduszki, podpórki, wałki,</p> <p>c) sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy: zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, parawany, pasy ślizgowe,</p> <p>d) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego: UGUL, cykloergometr, rotory, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, zestaw do elektroterapii z osprzętem,</p> <p>e) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej: stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, tablice do pisania, sprzęt audiowizualny, system haseł obrazkowo-tekstowych, sprzęt do nauki czynności życia codziennego,</p> <p>f) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek,</p> <p>g) ssak elektryczny – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek,</p> <p>h) inhalatory – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek,</p> <p>i) glukometry,</p> <p>j) aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,</p> <p>k) zestaw do reanimacji,</p> <p>l) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy,</p> <p>m) pompy infuzyjne,</p> <p>n) stetoskopy;</p> <p>2) w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń:</p> <p>a) aparat EKG.</p>
Warunki lokalowe	<p>1) gabinet rehabilitacyjny;</p> <p>2) gabinet do prowadzenia psychoterapii;</p> <p>3) gabinet terapii zajęciowej;</p> <p>4) sala dziennego pobytu.</p>

### Ustawa o świadczeniach

Zgodnie z zapisami art. 18. *Ustawy o świadczeniach* świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.

- Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
- Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.
  - Opłatę w przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd, ponosi powiat właściwy ze względu na miejsce urodzenia dziecka. Jeżeli nie można ustalić powiatu właściwego ze względu na miejsce urodzenia dziecka, właściwy do ponoszenia opłaty jest powiat miejsca siedziby sądu, który orzekł o umieszczeniu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

- Gmina właściwa ze względu na miejsce urodzenia dziecka jest obowiązana do współfinansowania opłaty, w przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd, w wysokości:
  - 10% w pierwszym roku pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
  - 30% w drugim roku pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
  - 50% w trzecim roku i następnych latach pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.
- Jeżeli nie można ustalić gminy właściwej ze względu na miejsce urodzenia dziecka, właściwa do współfinansowania opłaty w przypadku dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej, jest gmina miejsca siedziby sądu, który orzekł o umieszczeniu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

### Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w Zarządzeniu nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W poniższej tabeli przedstawiono katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych.

**Tabela 10** Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym	14.5160.026.04	osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000095
		osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,5 **	5.15.00.0000143
		osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	5.15.00.0000096
		osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Glasgow i żywnego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	5.15.00.0000097

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży		osobodzień	osobodzień 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	5.15.00.0000098
		osobodzień	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego*, w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000131
	14.5161.026.04	osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000099
		osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	5.15.00.0000100
		osobodzień	osobodzień 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 do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	5.15.00.0000101
		osobodzień	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 4,2	5.15.00.0000102

\* weteran poszkodowany, to weteran, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. nr 205, poz. 1203)

\*\* osobodzień pobytu może zostać rozliczony z płatnikiem w oparciu o ten produkt od stycznia 2017 r.

W przypadku okresowego pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, trwającego nie dłużej niż 15 kolejnych dni, zakład opiekuńczy utrzymuje przez ten okres rezerwację łóżka dla świadczeniobiorcy, w okresie rezerwacji łóżka Fundusz finansuje 15% wartości osobodnia. Po tym czasie ponowne przyjęcie świadczeniobiorcy do zakładu wymaga uzgodnienia terminu pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą albo członkiem jego rodziny, albo opiekunem faktycznym lub prawnym.

W przypadku, gdy w trakcie pobytu w zakładzie opiekuńczym, świadczeniobiorca zostanie skierowany i przyjęty do leczenia szpitalnego, po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie świadczeniobiorcy do zakładu.

Jeżeli świadczeniobiorca przebywa na przepustce, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opiekuńczym. W okresie korzystania z przepustki świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki oraz wyroby medyczne. Fundusz finansuje czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce do 10% czasu pobytu w zakładzie danego świadczeniodawcy w danym roku kalendarzowym.

W zakładach opiekuńczych Fundusz nie finansuje kosztów wyżywienia i zakwaterowania, z wyłączeniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego kompletną dietą przemysłową, które finansowane jest w ramach kompleksowego świadczenia w cenie za osobodzień. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego odbywa się za zasadach określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

### **Ustawa o weteranach**

Status weterana działań poza granicami i weterana poszkodowanego w działaniach poza granicami państwa, uprawnienia im przysługujące oraz zasady korzystania z tych uprawnień określa *Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. nr 205 z 2011 r. poz. 1203)*.

Wspomniana wyżej ustawa wprowadza rozróżnienie pomiędzy weteranami a weteranami poszkodowanymi.

Zgodnie z art. 2. *Ustawy o weteranach* weteranem działań poza granicami państwa, zwanym dalej weteranem, może być osoba, która brała udział na podstawie skierowania w działaniach poza granicami państwa w ramach:

- misji pokojowej lub stabilizacyjnej, kontyngentu policyjnego, kontyngentu Straży Granicznej, zadaniach ochronnych Biura Ochrony Rządu lub zapewnia bezpieczeństwo państwa, nieprzerwanie przez okres, na jaki została skierowana, jednak nie krócej niż przez okres 60 dni,
- grupy ratowniczej Państwowej Straży Pożarnej, łącznie przez okres nie krótszy niż 60 dni.

Zgodnie z art. 3. *Ustawy o weteranach* **weteranem poszkodowanym** w działaniach poza granicami państwa, zwanym dalej weteranem poszkodowanym, może być osoba, która biorąc udział na podstawie skierowania w działaniach poza granicami państwa, doznała uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku pozostającego w związku z tymi działaniami lub choroby nabytej podczas wykonywania zadań lub obowiązków służbowych poza granicami państwa, z tytułu których przyznano jej świadczenia odszkodowawcze.

Zgodnie z art. 24.1. *Ustawy o weteranach*, weteran i weteran poszkodowany mają prawo do umieszczenia poza kolejnością w Domu Weterana, funkcjonującego jako zakład opiekuńczo-leczniczy w ramach zakładu opieki zdrowotnej albo jako inna jednostka organizacyjna takiego zakładu, i odpłatnego w nim pobytu, na zasadach określonych w przepisach *Ustawy o świadczeniach*.

Pobyt ten może być dofinansowany ze środków budżetu państwa, z części pozostającej do dyspozycji Ministra Obrony Narodowej – w odniesieniu do weteranów-żołnierzy i weteranów poszkodowanych-żołnierzy. Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 23 marca 2012 r. w sprawie sposobu dofinansowania pobytu weterana-żołnierza i weterana poszkodowanego-żołnierza w Domu Weterana (tekst jednolity, Dz. U. z 2016 r., poz. 1653)* kwota dofinansowania stanowi rzeczywisty koszt utrzymania ponoszony przez Dom Weterana, pomniejszony o kwotę otrzymaną na osobę uprawnioną w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz opłatę ponoszoną przez osobę uprawnioną. Wysokość kwoty dofinansowania jest ustalana według wzoru:

$$W = K_u - D_{NFZ} - O,$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

W – wysokość kwoty dofinansowania,

$K_u$  – rzeczywisty koszt utrzymania osoby uprawnionej ponoszony przez Dom Weterana,  
 $D_{NFZ}$  – kwotę otrzymywaną na osobę uprawnioną w ramach umowy i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie *Ustawy o świadczeniach*,  
O – opłatę za pobyt ponoszoną przez osobę uprawnioną.

Weteranowi-funkcjonariuszowi i weteranowi-funkcjonariuszowi ABW oraz weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi i weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi ABW może zostać udzielona zapomoga ze środków budżetu państwa, z części pozostającej odpowiednio w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz z części pozostającej w dyspozycji Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo Szefa Agencji Wywiadu, na pobyt w Domu Weterana. Zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa rady Ministrów z dnia 26 października 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 1192)* zapomoga może być przyznana weteranowi-funkcjonariuszowi na pokrycie przez niego kosztów pobytu w Domu Weterana nieobjętych opłatą za pobyt w Domu Weterana, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 33a ust. 2 *Ustawy o świadczeniach*. Wysokość przyznanej zapomogi uzależniona jest od sytuacji materialnej weterana-funkcjonariusza potwierdzonej dokumentami. Natomiast zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i trybu przyznawania weteranowi-funkcjonariuszowi i weteranowi poszkodowanemu-funkcjonariuszowi zapomogi na pobyt w Domu Weterana oraz sposobu tworzenia funduszu na zapomogi (Dz. U. z 2012 r. poz. 686)* zapomogi można udzielić weteranowi na pokrycie poniesionych przez niego kosztów pobytu w Domu Weterana nieobjętych opłatą za pobyt w Domu Weterana, określają w przepisach wydanych na podstawie art. 33a ust. 2 *Ustawy o świadczeniach*, jeżeli koszty nie zostały sfinansowane z innych środków publicznych.

W uzasadnionych przypadkach do Domu Weterana może być skierowany weteran poszkodowany, na podstawie opinii konsultanta ochrony zdrowia, niezależnie od oceny jego samodzielności.

### **Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż finansowanie zakładów opiekuńczo-leczniczych, w których dzieci objęte są całodobową opieką długoterminową, jest często niższe niż finansowanie placówek opiekuńczo-wychowawczych, w których przebywają głównie dzieci zdrowe, a także placówek opiekuńczo-terapeutycznych, w których stan zdrowia podopiecznych jest lepszy niż w przypadku dzieci pod opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych. Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 697) placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego sprawuje opiekę nad dzieckiem o indywidualnych potrzebach, w szczególności legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności albo orzeczeniem o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności; wymagającym stosowania specjalnych metod wychowawczych i specjalistycznej terapii; wymagającym wyrównywania opóźnień rozwojowych i edukacyjnych. Należy nadmienić, iż w zakładach opiekuńczo-leczniczych przebywają dzieci obłożnie chore, z wadami wrodzonymi, których stan zdrowia często nie

#### **art. 33a ust. 2 Ustawy o świadczeniach**

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia:

- sposób i tryb kierowania osób do ZOL/ZPO,
- dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do ZOL/ZPO
- sposób ustalania odpłatności za pobyt w ZOL/ZPO

rokuje poprawy, a na placówce również spoczywa obowiązek zapewnienia pobierania nauki. Ponadto opiekunami prawnymi wielu podopiecznych są pracownicy zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Zgodnie z art. 191. ust. 13 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jedn. Dz.U. 2017 poz. 697) wydatki na dziecko w rodzinie zastępczej zawodowej, rodzinie zastępczej niezawodowej, rodzinnym domu dziecka, placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej albo interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym ponosi powiat właściwy ze względu na miejsce pozostawienia dziecka. W związku z powyższym w gestii lokalnych samorządów leży ustalenie wydatków przypadających na każde dziecko w miesiącu. W zależności od regionu i możliwości finansowych samorządu stawka miesięczna przypadająca na dziecko jest zróżnicowana. W przypadku domów dziecka, w których przebywają również dzieci chore i niepełnosprawne, można zaobserwować znacznie wyższe średnie miesięczne wydatki przeznaczane przez samorządu na utrzymanie dziecka w placówkach opiekuńczo-wychowawczych niż w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych, w których przebywają dzieci w gorszym stanie zdrowia.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe ośrodki opiekuńczo-wychowawcze i placówki opiekuńczo-terapeutyczne wraz z finansowaniem przypadającym na każde dziecko.

**Tabela 11 Ośrodki opiekuńczo-wychowawcze i placówki opiekuńczo-terapeutyczne wraz z finansowaniem przypadającym na każde dziecko (opracowanie własne)**

Placówka	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych	Profil placówki	Podstawa prawna
Dom dla Dzieci Chorych Fundacji „Dom w Łodzi” przy ul. Wierzbowej 13 w Łodzi	4 784 zł	dom dziecka dla dzieci chorych	Zarządzenie Nr 5531/VII/17 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 21 marca 2017 r.
Dom „Anielisko” przy al. Kościuszki 48 w Łodzi	3 658 zł	placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego	Zarządzenie Nr 5531/VII/17 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 21 marca 2017 r.
Dom Dziecka Nr 15 im. Ks. G.P.Baudouina, ul. Nowogrodzka 75, 02-018 Warszawa	8 522,42 zł	działalność na rzecz dzieci chorych i niepełnosprawnych	Zarządzenie Nr 257/2015 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 6 marca 2015 r.
Dom Dziecka Nr 9 im. Lidii i Adama Ciołkoszów, ul. Korotyńskiego 13, 02-121 Warszawa	5 821,67 zł	dzieci bez poważnych problemów zdrowotnych	Zarządzenie Nr 257/2015 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 6 marca 2015 r.
Dom im. J. Korczaka Regionalna Placówka Opiekuńczo-Terapeutyczna w Gdańsku	6 615,8 zł	placówka opiekuńczo-terapeutyczna	Zarządzenie Nr 7/16 Marszałka Województwa Pomorskiego z dnia 8 marca 2016 r.
Zespół Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych „Dziecięcy Dom” ul. Parkowa 2 we Wrocławiu (Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego Nr III ul. Parkowa 2/3)	6 186,78 zł	placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego	Zarządzenie Nr 3906/16 Prezydenta Wrocławia z dnia 22 marca 2016 r.
Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego, ul. Działkowa 24/21–22 w Krakowie	5 407,00 zł	placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego	Zarządzenie Nr 659/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2017 roku



Placówka	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych	Profil placówki	Podstawa prawna
Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego, al. Pod Kopcem 26/1-2 w Krakowie	6 458,00 zł	placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego	Zarządzenie Nr 659/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2017 roku

Powyższe dane wskazują na znaczną dysproporcję w finansowaniu zakładów opiekuńczo-leczniczych i placówek różnego typu określanych powszechnie domami dziecka. Należy podkreślić, iż dzieci przebywające w zakładach opiekuńczo-leczniczych wymagają większych nakładów na specjalistyczny personel i sprzęt ze względu na specyficzne problemy zdrowotne. Sytuacja życiowa dzieci w obu rodzajach placówek jest natomiast podobna – w obu przypadkach nad dziećmi opieki nie sprawują rodzice.

### 2.3. Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt, co w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka musi identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

Przez popyt na świadczenia rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także z wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne”. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

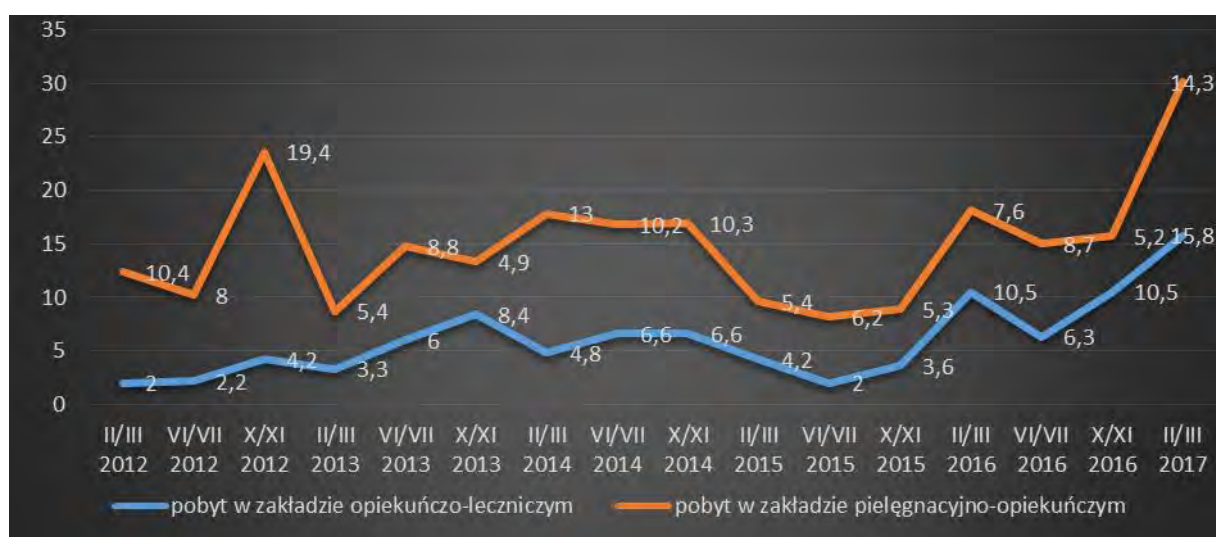
Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane ze wszystkich komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie, w proporcji odpowiadającej udziałowi w realizacji świadczeń wg statystyk Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dodatkowym źródłem informacji o dostępności do świadczeń medycznych było zestawienie tworzone cyklicznie raz na cztery miesiące przez Fundację Watch Health Care (WHC). Publikowane dane dotyczą 43 dziedzin medycyny, w obrębie których wyszczególniono wybrane świadczenia, które w opinii autorów są ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz liczbę świadczeniodawców. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji.

### Kolejka oczekujących

Ze względu na fakt, iż dane NFZ dotyczące czasu i liczby osób oczekujących na świadczenia opieki długoterminowej mierzone były tylko do marca 2015 roku, w niniejszym opracowaniu przedstawiono jedynie wykres obrazujący średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia według WHC. W pierwszym kwartale 2017 r. średni czas oczekiwania do ZOL wynosił 16 miesięcy zaś do ZPO 14 miesięcy. Od początku 2012 r. obserwuje się stopniowe wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL/ZPO.



**Rycina 3.** Średni czas oczekiwania (w miesiącach) na pobyt w ZOL/ZPO (opracowanie własne na podstawie danych WHC (Fundacja Watch Health Care, 2012; Fundacja Watch Health Care, 2012; Fundacja Watch Health Care, 2013; Fundacja Watch Health Care, 2013; Fundacja Watch Health Care, 2013; Fundacja Watch Health Care, 2014; Fundacja Watch Health Care, 2014; Fundacja Watch Health Care, 2014; Fundacja Watch Health Care, 2015; Fundacja Watch Health Care, 2015) (Fundacja Watch Health Care, 2015; Fundacja Watch Health Care, 2016; Fundacja Watch Health Care, 2016; Fundacja Watch Health Care, 2016; Fundacja Watch Health Care, 2017)

### Liczba pacjentów

W 2015 roku świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze były realizowane łącznie u 43 026 pacjentów, natomiast w 2016 roku u 40 320 pacjentów.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze sprawozdane do NFZ wykonano u:

- pacjentów z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel (odrębnym produktem rozliczani są pacjenci żywieni dojelitowo),
- pacjentów z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów wg skali Glasgow i żywionych dojelitowo,
- pacjentów 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,
- dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia,
- dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywionych dojelitowo,

- dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo,
- weteranów poszkodowanych.

Dane sprawozdane do NFZ, zarówno za 2015, jak i 2016 rok, nie obejmowały następujących taryfikowanych produktów rozliczeniowych:

- 5.15.00.0000143 – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,5<sup>2</sup>;
- 5.15.00.0000102 – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 4,2.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę pacjentów (unikalne identyfikatory pacjentów) objętych świadczeniami stacjonarnej opieki długoterminowej, w podziale na województwa.

---

<sup>2</sup> Świadczeniodawcy mogą rozliczać pobyty pacjentów tym produktem od stycznia 2017 roku

Tabela 12 Liczba pacjentów objętych świadczeniami opieki długoterminowej w 2015 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

Województwo	Liczba świadczeniodawców 2015 r.	Liczba pacjentów 2015 r.	Średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego świadczeniodawcę w 2015 r.	Liczba pacjentów w województwie (suma pacjentów u poszczególnych świadczeniodawców) 2015 r.	Migracja pomiędzy świadczeniodawcami w obrębie jednego województwa
Dolnośląskie	48	3 578	75	3608	30
Kujawsko-pomorskie	27	2 227	82	2271	44
Lubelskie	21	1 899	90	1949	50
Lubuskie	11	996	91	1009	13
Łódzkie	24	3 004	125	3154	150
Małopolskie	33	4 381	133	4465	84
Mazowieckie	46	5 818	126	5867	49
Opolskie	16	1 687	105	1704	17
Podkarpackie	33	3 351	102	3394	43
Podlaskie	17	1 175	69	1210	35
Pomorskie	24	2 483	103	2546	63
Śląskie	55	5 618	102	5748	130
Świętokrzyskie	15	1 623	108	1679	56
Warmińsko-mazurskie	14	1 396	100	1413	17
Wielkopolskie	23	2 333	101	2371	38
Zachodniopomorskie	13	1 578	121	1658	80
Suma (unikalne identyfikatory pacjentów w poszczególnych województwach)	420	43 147		44 046*	
Suma (unikalne identyfikatory pacjentów w całym kraju)	420	43 026			
Migracja		121			899

\* Suma (unikalne identyfikatory pacjentów u poszczególnych pacjentów w poszczególnych województwach)

Tabela 13 Liczba pacjentów objętych świadczeniami opieki długoterminowej w 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

Województwo	Liczba świadczeniodawców 2016 r.	Liczba pacjentów 2016 r.	Średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego świadczeniodawcę w 2016 r.	Liczba pacjentów w województwie (suma pacjentów u poszczególnych świadczeniodawców) 2016 r.	Migracja pomiędzy świadczeniodawcami w obrębie jednego województwa
Dolnośląskie	50	3 429	69	3605	176
Kujawsko-pomorskie	27	2 015	75	2040	25
Lubelskie	20	1 890	95	1908	18
Lubuskie	11	813	74	855	42
Łódzkie	23	2 587	112	2639	52
Małopolskie	31	4 196	135	4219	23
Mazowieckie	46	5 753	125	5792	39
Opolskie	16	1 477	92	1488	11
Podkarpackie	33	3 162	96	3201	39
Podlaskie	17	1 121	66	1139	18
Pomorskie	24	2 453	102	2511	58
Śląskie	54	5 106	95	5167	61
Świętokrzyskie	15	1 477	98	1524	47
Warmińsko-mazurskie	15	1 295	86	1333	38
Wielkopolskie	23	2 145	93	2167	22
Zachodniopomorskie	13	1 503	116	1586	83
Suma (unikalne identyfikatory pacjentów w poszczególnych województwach)	418	40 422		41 174*	
Suma (unikalne identyfikatory pacjentów w całym kraju)	418	40 320			
Migracja		102			650

\* Suma (unikalne identyfikatory pacjentów u poszczególnych pacjentów w poszczególnych województwach)

Różnice pomiędzy łącznymi liczbami pacjentów szacowanymi w obrębie: Polski, poszczególnych województw, poszczególnych świadczeniodawców w poszczególnych województwach wynikają z faktu, że pacjenci migrują pomiędzy świadczeniodawcami. 1 020 rekordów to identyfikatory pacjentów, które pojawiły się więcej niż 1 raz w 2015 r. 24 pacjentów pojawiło się aż u 3 świadczeniodawców, a 972 pacjentów pojawiło się u 2 świadczeniodawców. Podobnie w 2016 r.: 854 rekordy to identyfikatory pacjentów, które pojawiły się więcej niż 1 raz.

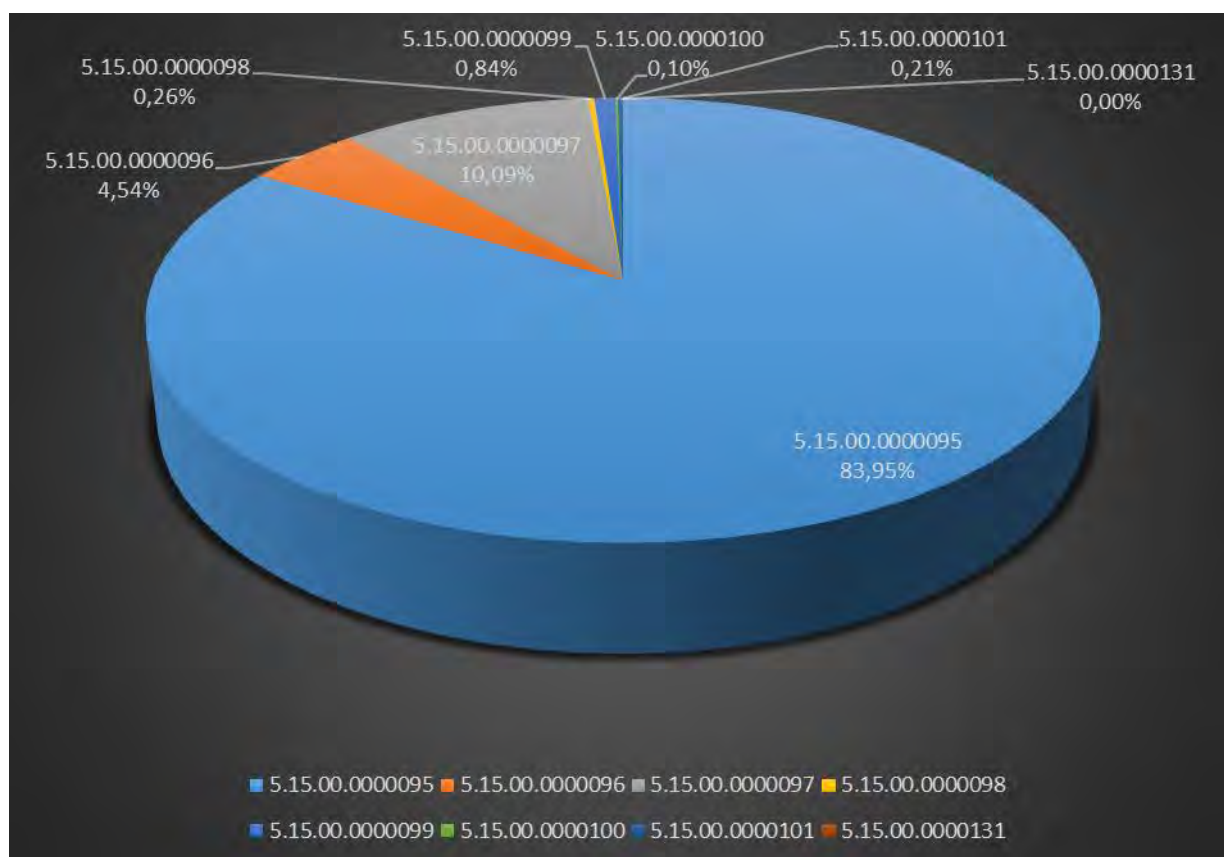
Najwięcej pacjentów (unikalne identyfikatory pacjentów) objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej w 2015 roku odnotowano w województwie mazowieckim, śląskim, małopolskim, dolnośląskim i łódzkim. Liczba pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w tych 5 województwach przekraczała w 2015 roku 52% wszystkich pacjentów objętych opieką długoterminową. Podobnie w 2016 r. z tym, że miejsce województwa łódzkiego zajęło województwo podkarpackie. Liczba pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w tych 5 województwach przekraczała w 2016 roku 54% wszystkich pacjentów objętych opieką długoterminową. W poniższej tabeli przedstawiono przeliczenie liczby pacjentów na 10 tys. mieszkańców w danym województwie (na podstawie danych pochodzących z Banku Danych Lokalnych GUS za 2015 r.). Ze względu na brak danych GUS za 2016 rok, a także ze względu na podobną strukturę liczby pacjentów w poszczególnych województwach w roku 2015 i 2016, posłużono się liczbą pacjentów jedynie z 2015 r.

**Tabela 14** Liczba pacjentów, których objęto świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w podziale na województwa w 2015 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ)

Województwo	Liczba pacjentów w 2015 roku	Liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	3 578	12,32
Kujawsko-pomorskie	2 227	10,67
Lubelskie	1 899	8,88
Lubuskie	996	9,78
Łódzkie	3 004	12,05
Małopolskie	4 381	12,99
Mazowieckie	5 818	10,88
Opolskie	1 687	16,94
Podkarpackie	3 351	15,75
Podlaskie	1 175	9,88
Pomorskie	2 483	10,76
Śląskie	5 618	12,29
Świętokrzyskie	1 623	12,91
Warmińsko-mazurskie	1 396	9,70
Wielkopolskie	2 333	6,71
Zachodnio-pomorskie	1 578	9,23

Z danych zamieszczonych w powyższej tabeli wynika, że największe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w 2015 roku występowało w województwie opolskim i podkarpackim.

Na poniższej rycinie przedstawiono udział pacjentów w podziale na poszczególne produkty w 2015 roku. Sytuacja w 2016 roku przedstawia się bardzo podobnie. Szczegółowe dane dotyczące liczby pacjentów, których pobyty rozliczano w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych, przedstawiono w poniższych tabelach.



**Rycina 4.** Liczba pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w podziale na produkty rozliczeniowe (opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS za 2015 r.)

Tabela 15 Liczba pacjentów objętych świadczeniami stacjonarnej opieki długoterminowej, rozliczanymi z Płatnikiem w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych w 2015 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

Województwo	Kod produktu															
	5.15.00.0000095		5.15.00.0000096		5.15.00.0000097		5.15.00.0000098		5.15.00.0000099		5.15.00.0000100		5.15.00.0000101		5.15.00.0000131	
	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%
Dolnośląskie	3 294	8,49	72	3,43	105	2,25	24	19,83	168	43,30	14	29,17	2	2,08	0	0
Kujawsko-pomorskie	1 946	5,01	89	4,24	301	6,45	2	1,65	1	0,26	2	4,17	10	10,42	0	0
Lubelskie	1 735	4,47	109	5,19	262	5,62	26	21,49	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Lubuskie	908	2,34	43	2,05	112	2,40	5	4,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Łódzkie	3 028	7,80	68	3,24	87	1,86	27	22,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Małopolskie	3 913	10,08	300	14,29	708	15,17	7	5,79	1	0,26	1	2,08	0	0,00	0	0
Mazowieckie	5 227	13,47	184	8,76	567	12,15	5	4,13	25	6,44	0	0,00	28	29,17	0	0
Opolskie	1 435	3,70	102	4,86	250	5,36	4	3,31	11	2,84	1	2,08	18	18,75	0	0
Podkarpackie	2 836	7,31	218	10,38	492	10,54	5	4,13	8	2,06	0	0,00	7	7,29	1	50
Podlaskie	1 142	2,94	24	1,14	45	0,96	1	0,83	21	5,41	0	0,00	8	8,33	0	0
Pomorskie	2 076	5,35	214	10,19	421	9,02	3	2,48	35	9,02	11	22,92	0	0,00	0	0
Śląskie	5 259	13,55	133	6,33	334	7,16	3	2,48	111	28,61	19	39,58	17	17,71	0	0
Świętokrzyskie	1 566	4,04	52	2,48	115	2,46	3	2,48	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Warmińsko-mazurskie	1 018	2,62	167	7,95	360	7,72	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50
Wielkopolskie	2 021	5,21	177	8,43	295	6,32	5	4,13	7	1,80	0	0,00	6	6,25	0	0
Zachodniopomorskie	1 402	3,61	148	7,05	212	4,54	1	0,83	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
<b>Suma</b>	<b>38 806</b>	<b>100</b>	<b>2 100</b>	<b>100</b>	<b>4 666</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	<b>388</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

Tabela 16 Liczba pacjentów objętych świadczeniami stacjonarnej opieki długoterminowej, rozliczanymi z Płatnikiem w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych w 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

Województwo	Kod produktu															
	5.15.00.0000095		5.15.00.0000096		5.15.00.0000097		5.15.00.0000098		5.15.00.0000099		5.15.00.0000100		5.15.00.0000101		5.15.00.0000131	
	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%	l. pacjentów	%
Dolnośląskie	3089	8,76	101	4,70	149	3,26	4	4,49	166	41,81	14	29,79	2	2,08	0	0
Kujawsko-pomorskie	1685	4,78	92	4,28	306	6,69	2	2,25	7	1,76	3	6,38	13	13,54	0	0
Lubelskie	1678	4,76	102	4,75	257	5,62	37	41,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Lubuskie	704	2,00	54	2,51	114	2,49	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Łódzkie	2473	7,01	51	2,37	80	1,75	23	25,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Małopolskie	3633	10,30	302	14,06	730	15,95	4	4,49	0	0,00	1	2,13	0	0,00	0	0
Mazowieckie	5099	14,46	186	8,66	579	12,65	1	1,12	25	6,30	0	0,00	32	33,33	5	100
Opolskie	1239	3,51	112	5,21	199	4,35	0	0,00	14	3,53	0	0,00	16	16,67	0	0
Podkarpackie	2636	7,47	233	10,85	451	9,86	6	6,74	5	1,26	0	0,00	5	5,21	0	0
Podlaskie	1029	2,92	17	0,79	65	1,42	1	1,12	24	6,05	0	0,00	6	6,25	0	0
Pomorskie	1988	5,64	172	8,01	417	9,11	2	2,25	36	9,07	11	23,40	0	0,00	0	0
Śląskie	4642	13,16	123	5,73	316	6,91	5	5,62	111	27,96	18	38,30	19	19,79	0	0
Świętokrzyskie	1401	3,97	40	1,86	95	2,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Warmińsko-mazurskie	872	2,47	204	9,50	339	7,41	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
Wielkopolskie	1834	5,20	180	8,38	268	5,86	2	2,25	9	2,27	0	0,00	3	3,13	0	0
Zachodniopomorskie	1267	3,59	179	8,33	211	4,61	2	2,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
<b>Suma</b>	<b>35 269</b>	<b>100</b>	<b>2 148</b>	<b>100</b>	<b>4 576</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>397</b>	<b>100</b>	<b>47</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>



W 2015 roku najwięcej pacjentów było objętych świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi (38 806) rozliczanymi w ramach produktu 5.15.00.0000095. Produktem 5.15.00.0000096 rozliczono pobyty 2 100 pacjentów, a świadczeniem w ramach produktu 5.15.00.0000097 objęto 4 666 pacjentów, zaś świadczeniem w ramach produktu 5.15.00.0000098 objęto 121 osób. Łącznie opiekę, rozliczaną produktami dotyczącymi świadczeń dla osób dorosłych, w 2015 roku sprawowano nad 45 693 pacjentami. Bardzo niewielką grupę pacjentów, na tle wszystkich osób objętych stacjonarną opieką długoterminową stanowią dzieci i młodzież. Łącznie opiekę, rozliczaną produktami dotyczącymi świadczeń dla dzieci i młodzieży, w 2015 roku sprawowano nad 532 pacjentami z tej grupy wiekowej. Najmniej pobyty pacjentów (2) rozliczono produktem 5.15.00.0000131. Byli to pacjenci przebywający w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL.

Należy zauważyć, że sumaryczna liczba pacjentów w poszczególnych produktach jest wyższa niż liczba pacjentów w 2015 roku (liczona po unikalnych identyfikatorach pacjentów). Wynika to z faktu, że stan pacjentów jest zmienny i czasem wymagają oni okresowego włączenia żywienia dojelitowego/pozajelitowego, a także z migracji pomiędzy świadczeniodawcami.

Najwięcej pacjentów, których pobyty rozliczono świadczeniami w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095, objęto opieką w województwie mazowieckim (5 227), śląskim (5 259) i małopolskim (3 913). Województwa, w których było najmniej pacjentów to lubuskie (908) i warmińsko-mazurskie (1 018).

W analizowanym okresie najwięcej pacjentów objętych świadczeniami opiekuńczo-leczniczymi rozliczanymi w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000096 zarejestrowano w województwie małopolskim (310) i pomorskim (219). Najmniej pacjentów, których pobyty rozliczono w ramach produktu 5.15.00.0000096 było natomiast w województwie lubuskim (44) i świętokrzyskim (54).

W 2015 roku najwięcej pacjentów z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 pkt wg skali Glasgow oraz żywionych dojelitowo odnotowano w województwie małopolskim (300) i podkarpackim (218). Najmniejszą liczbę pacjentów objętych świadczeniami opiekuńczo-leczniczymi w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000097 zaobserwowano natomiast w województwie podlaskim (45).

W 2015 roku w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000098 rozliczono w całym kraju 121 pobyty. W związku z tym w poszczególnych województwach liczba pacjentów, których pobyty rozliczono tym produktem, w przypadku większości województw nie przekraczała 10. Najwięcej pobyty rozliczonych tym produktem było

**Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze wraz z kodami produktów rozliczeniowych:**

**5.15.00.0000095** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0

**5.15.00.0000096** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel żywionego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5

**5.15.00.0000097** – osobodzień 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

**5.15.00.0000098** – osobodzień 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

**5.15.00.0000099** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, ze współczynnikiem korygującym 1,0

**5.15.00.0000100** – osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5

**5.15.00.0000101** – osobodzień 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 do ukończenia 3 roku życia, żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6

**5.15.00.0000131** – osobodzień pobytu weterana poszkodowanego, w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL, ze współczynnikiem korygującym 1,0



natomiast w województwie łódzkim (27) oraz dolnośląskim (24). W województwach takich jak podlaskie czy zachodniopomorskie odnotowano tylko pojedynczych pacjentów objętych świadczeniami w ramach tego produktu.

W 2015 roku świadczenia udzielane w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia były udzielane w następujących województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim i wielkopolskim. Najwięcej pacjentów objętych świadczeniami w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000099 odnotowano w województwie dolnośląskim (168) i śląskim (111).

W analizowanym okresie najwięcej świadczeń udzielonych u dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywionych dojelitowo odnotowano w województwie śląskim, dolnośląskim i pomorskim. Należy nadmienić, iż łączny udział pacjentów objętych świadczeniami opiekuńczo-leczniczymi w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000100 wyniósł w tych województwach ponad 90%. Najmniej pobytów rozliczanych w ramach tego produktu odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (2 pacjentów), małopolskim i opolskim (po jednym pacjencie).

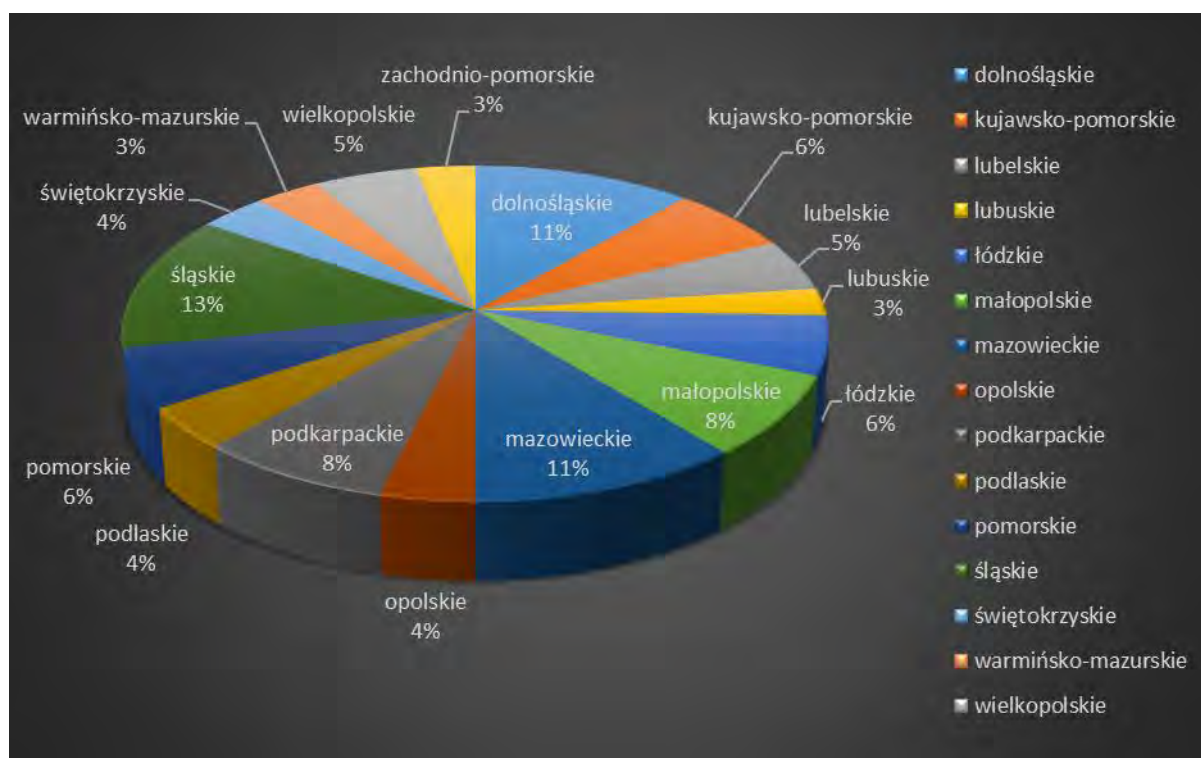
W 2015 roku najwięcej dzieci i młodzieży, których pobyty rozliczono w ramach produktu 5.15.00.0000101 odnotowano w województwie mazowieckim (28) i opolskim (18). Należy zauważyć, że pobyty rozliczano tym produktem jedynie w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim i wielkopolskim. Najmniej pacjentów sprawozdano do NFZ w województwie dolnośląskim (2) i wielkopolskim (6).

W 2015 roku świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne udzielane weteranom w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL sprawozdano do NFZ tylko dla dwóch pacjentów. Świadczenia te były wykonywane w województwie podkarpackim i warmińsko-mazurskim.

### **Liczba świadczeniodawców**

W 2015 roku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielało ogółem 420 świadczeniodawców.

Na poniższym wykresie przedstawiono udział świadczeniodawców wykonujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w podziale na województwa w 2015 roku. Mimo tego, iż w 2016 r. świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielało ogółem 418 świadczeniodawców, sytuacja przedstawia się analogicznie do roku 2015 (w stosunku do 2015 r. przybyło 2 świadczeniodawców w województwie dolnośląskim oraz jeden świadczeniodawca w województwie warmińsko-mazurskim; ubyło 2 świadczeniodawców w województwie małopolskim i po 1 świadczeniodawcy w województwach lubelskim, łódzkim i śląskim).



**Rycina 5. Udział świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w podziale na województwa (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)**

W analizowanym okresie najwięcej świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych odnotowano w województwie mazowieckim. Ich udział wynosił 14%, co odpowiadało 161 placówkom. Najmniej świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych było natomiast w województwie zachodniopomorskim. W tym regionie świadczeniobiorcy mogli skorzystać z wyżej wymienionych świadczeń w 17 placówkach.

Na poniższej tabeli przedstawiono liczbę świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w podziale na województwa w 2015 r. wraz z przeliczeniem na 10 i 100 tys. mieszkańców. Ze względu na brak danych GUS za 2016 r. oraz podobną strukturę dotyczącą liczby świadczeniodawców w poszczególnych województwach, posłużono się danymi NFZ jedynie za 2015 r.

**Tabela 17 Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w podziale na województwa w 2015 r. wraz z przeliczeniem na 10 i 100 tys. mieszkańców (opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS)**

Województwo	Liczba świadczeniodawców w 2015 r.	Liczba świadczeniodawców na 10 tys. mieszkańców	Liczba świadczeniodawców na 100 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	48	0,17	1,65
Kujawsko-pomorskie	27	0,13	1,29
Lubelskie	21	0,10	0,98
Lubuskie	11	0,11	1,08
Łódzkie	24	0,10	0,96
Małopolskie	33	0,10	0,98
Mazowieckie	46	0,09	0,86
Opolskie	16	0,16	1,61
Podkarpackie	33	0,16	1,55
Podlaskie	17	0,14	1,43

Województwo	Liczba świadczeniodawców w 2015 r.	Liczba świadczeniodawców na 10 tys. mieszkańców	Liczba świadczeniodawców na 100 tys. mieszkańców
Pomorskie	24	0,10	1,04
Śląskie	55	0,12	1,20
Świętokrzyskie	15	0,12	1,19
Warmińsko-mazurskie	14	0,10	0,97
Wielkopolskie	23	0,07	0,66
Zachodniopomorskie	13	0,08	0,76

W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców najwięcej świadczeniodawców przypadało w województwie opolskim. Taka sytuacja może wynikać z faktu, iż według GUS w tym województwie w 2015 roku było najmniej mieszkańców, natomiast liczba świadczeniodawców była dość wysoka w skali kraju. Najmniej świadczeniodawców na 100 tys. mieszkańców przypadało natomiast w województwie wielkopolskim.

Należy podkreślić, że zarówno w 2015, jak i w 2016 roku tylko 15 świadczeniodawców sprawowało opiekę nad dziećmi. Świadczenia opieki stacjonarnej długoterminowej dla dzieci zapewnia tylko 10 województw. W 2016 r. 505 dzieci objętych było opieką długoterminową w warunkach stacjonarnych. Liczba 514 w poniższej tabeli wskazuje na zmienianie miejsca pobytu przez pacjentów. Pod opieką jednego świadczeniodawcy pozostawało od 1 do 70 dzieci w trakcie roku. Średnio na 1 świadczeniodawcę przypada 34 dzieci.

**Tabela 18** Liczba dzieci będących pod opieką świadczeniodawców w 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

Województwo	Kod świadczeniodawcy	Liczba pacjentów
Dolnośląskie	3102550	70
	3102717	58
	3202042	51
Kujawsko-pomorskie	20002179	17
Małopolskie	061/200515	1
Mazowieckie	70002038	53
Opolskie	08R/20352	27
Podkarpackie	09R/030912	10
Podlaskie	100000360	27
Pomorskie	001817	44
Śląskie	121/200428	28
	123/207233	33
	123/207743	31
	124/201156	52
Wielkopolskie	150004156	12
<b>Suma</b>	<b>15</b>	<b>514</b>
	<b>Średnia</b>	<b>34</b>
	<b>Mediana</b>	<b>31</b>

**Średnia cena produktu**

Na poniższych rycinach przedstawiono średnią cenę produktów rozliczeniowych w poszczególnych województwach. Średnia cena jest stawką bazową, do której w przypadku poszczególnych produktów doliczany jest współczynnik korygujący. Produkty bazowe, to produkty zawierające współczynnik korygujący 1,0:

- Produkt o kodzie 5.15.00.0000095 w przypadku osób dorosłych,
- produkt o kodzie 5.15.00.0000099 w przypadku dzieci,
- produkt o kodzie 5.15.00.0000131 w przypadku weteranów przebywających w domu weterana funkcjonującym jako ZOL.

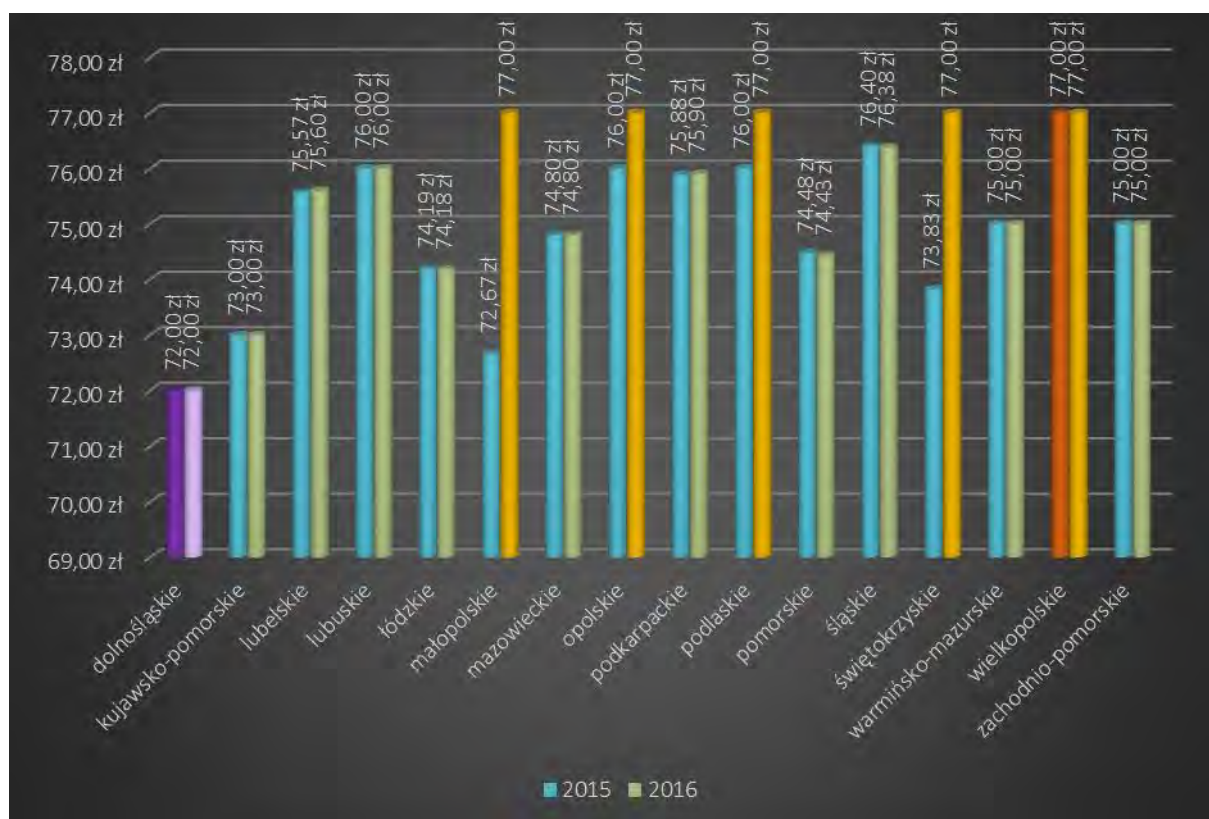
W przypadku produktów 5.15.00.0000096 i 5.15.00.0000100 współczynnik wynosi 1,5, natomiast dla produktu 5.15.00.0000097 i 5.15.00.0000101 wartość współczynnika to 2,6. Do produktu 5.15.00.0000098 stosuje się współczynnik korygujący wynoszący 3,5. Najwyższy współczynnik korygujący 4,3 stosowany jest do produktu 5.15.00.0000102 – zarówno w 2015, jaki i 2016 roku, nie rozliczono ani jednego świadczenia produktem o tym kodzie.

**Tabela 19 Średnia cena produktów rozliczeniowych w 2015 i 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)**

Etykiety wierszy	5.15.00.0000095	5.15.00.0000096	5.15.00.0000097	5.15.00.0000098	5.15.00.0000099	5.15.00.0000100	5.15.00.0000101	5.15.00.0000131
Średnia cena w 2015 r.	74,66 zł	75,10 zł	75,01 zł	74,06 zł	96,86 zł	98,21 zł	95,90 zł	75,50 zł
Średnia cena w 2016 r.	75,28 zł	75,73	75,55 zł	74,67 zł	96,69 zł	98,24 zł	96,29 zł	75,00 zł
Różnica	+ 0,62 zł	+0 72 zł	+ 0,54 zł	+0,61 zł	- 0,17 zł	+0,03 zł	+ 0,39 zł	- 0,50 zł

Nie zaobserwowano znaczących zmian w średnich cenach produktu na przestrzeni lat 2015–2016.

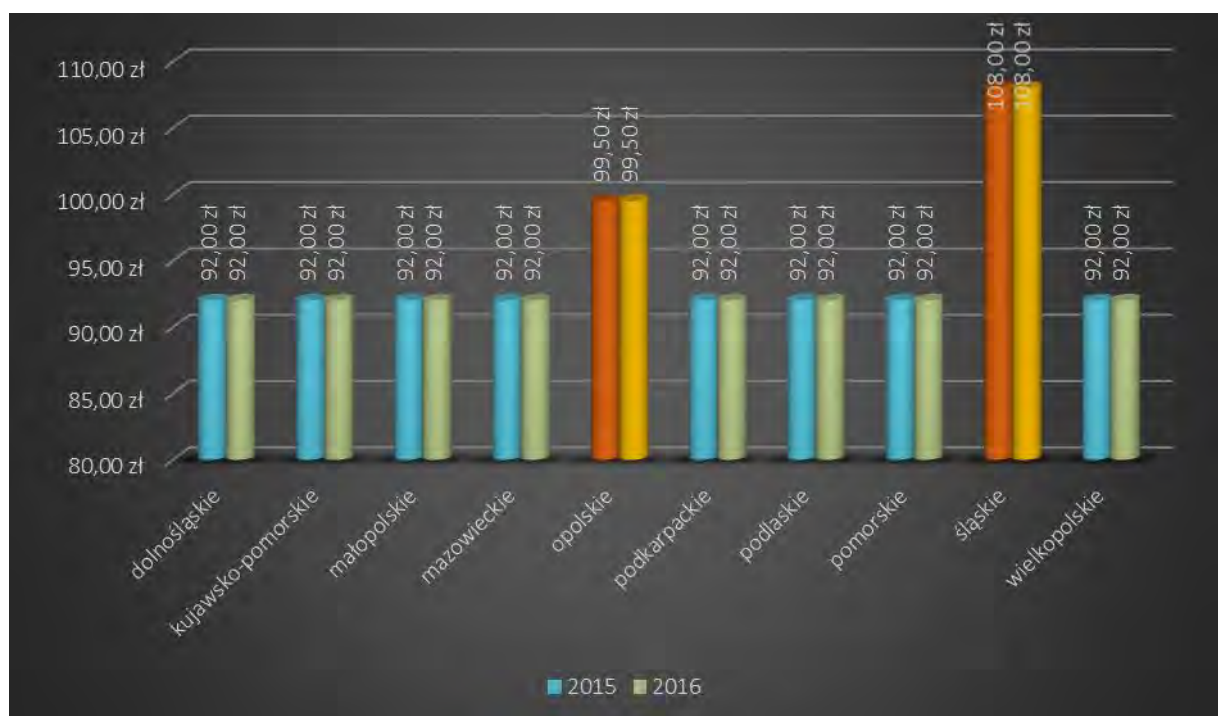
Na poniższych wykresach przedstawiono jak kształtowały się średnie stawki za poszczególne produkty, w poszczególnych województwach w latach 2015–2016.



**Rycina 6.** Średnia cena produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 w latach 2015–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

W 2015 roku średnia cena dla produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 (osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0) wyniosła dla całego kraju 74,66 zł i utrzymywała się na zbliżonym poziomie w poszczególnych województwach. W 2015 roku najwyższą średnią cenę produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 odnotowano w województwie wielkopolskim (średnia cena wyniosła 77,00 zł). Najniższa cena produktu (72,00 zł) została zaobserwowana w województwie dolnośląskim. Nie obserwuje się znaczących różnic w średniej cenie produktu pomiędzy świadczeniodawcami działającymi na terenie poszczególnych województw, niemniej jednak u kilku świadczeniodawców średnia cena produktu odbiegała od średniej dla województwa. Najniższa cena produktu wynosiła 54,33 zł (1 świadczeniodawca w województwie małopolskim), zaś najwyższa 81,40 zł (świadczeniodawca w województwie łódzkim).

W 2016 roku średnia cena produktu dla całego kraju wynosiła 75,73 zł i utrzymywała się na zbliżonym poziomie w poszczególnych województwach. W 2016 roku najwyższą średnią cenę produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 odnotowano aż w 5 województwach (średnia cena wyniosła 77,00 zł). Najniższa średnia cena produktu (72 zł) została zaobserwowana w województwie dolnośląskim – podobnie jak w roku 2015. Nie obserwuje się znaczących różnic w średniej cenie produktu pomiędzy świadczeniodawcami działającymi na terenie poszczególnych województw, niemniej jednak u kilku świadczeniodawców średnia cena produktu odbiegała od średniej dla województwa. Najniższa cena produktu wynosiła 68,40 zł (2 świadczeniodawca w województwie pomorskim), zaś najwyższa 81,40 zł (świadczeniodawca w województwie łódzkim).

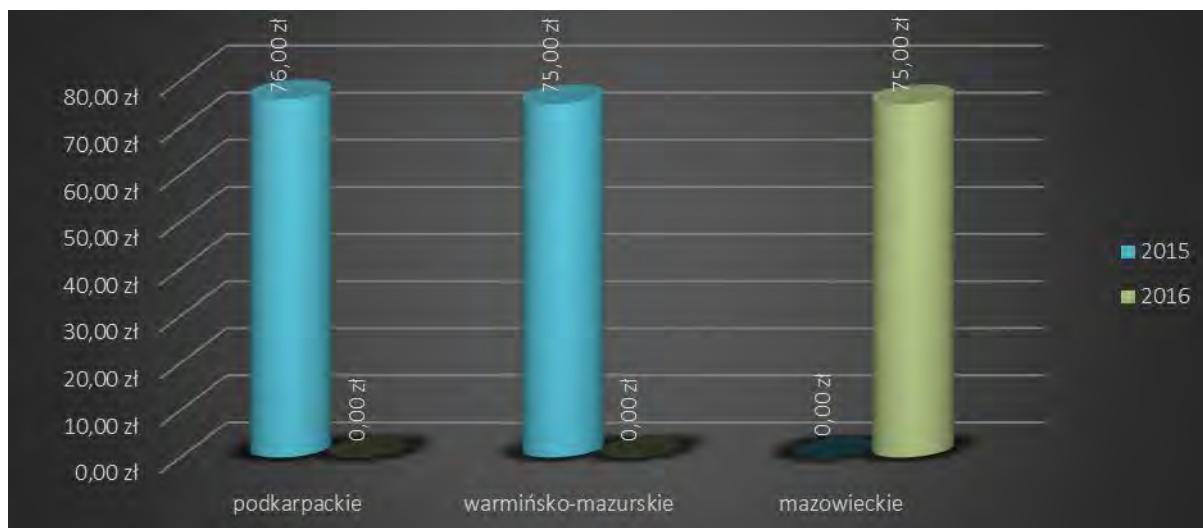


**Rycina 7. Średnia cena produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000099 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)**

W 2015 roku średnia stawka bazowa dla produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000099 (osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia) wyniosła średnio dla całego kraju 96,86 zł i utrzymywała się w większości województw na poziomie 92 zł, poza województwami opolskim i śląskim, gdzie średnia cena przekraczała średnią dla całego kraju i wynosiła odpowiednio 99,50 zł oraz 108 zł. Nie obserwuje się żadnych różnic w średniej cenie produktu pomiędzy świadczeniodawcami działającymi na terenie poszczególnych województw.

W 2016 roku średnia cena produktu o kodzie 5.15.00.0000099 dla całego kraju wynosiła 96,69 zł i analogicznie do roku 2015 utrzymywała się w większości województw na poziomie 92 zł, poza województwami opolskim i śląskim, gdzie średnia cena przekraczała średnią dla całego kraju i wynosiła odpowiednio 99,50 zł oraz 108 zł. Nie obserwuje się żadnych różnic w średniej cenie produktu pomiędzy świadczeniodawcami działającymi na terenie poszczególnych województw.





**Rycina 8. Średnia cena produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000131 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)**

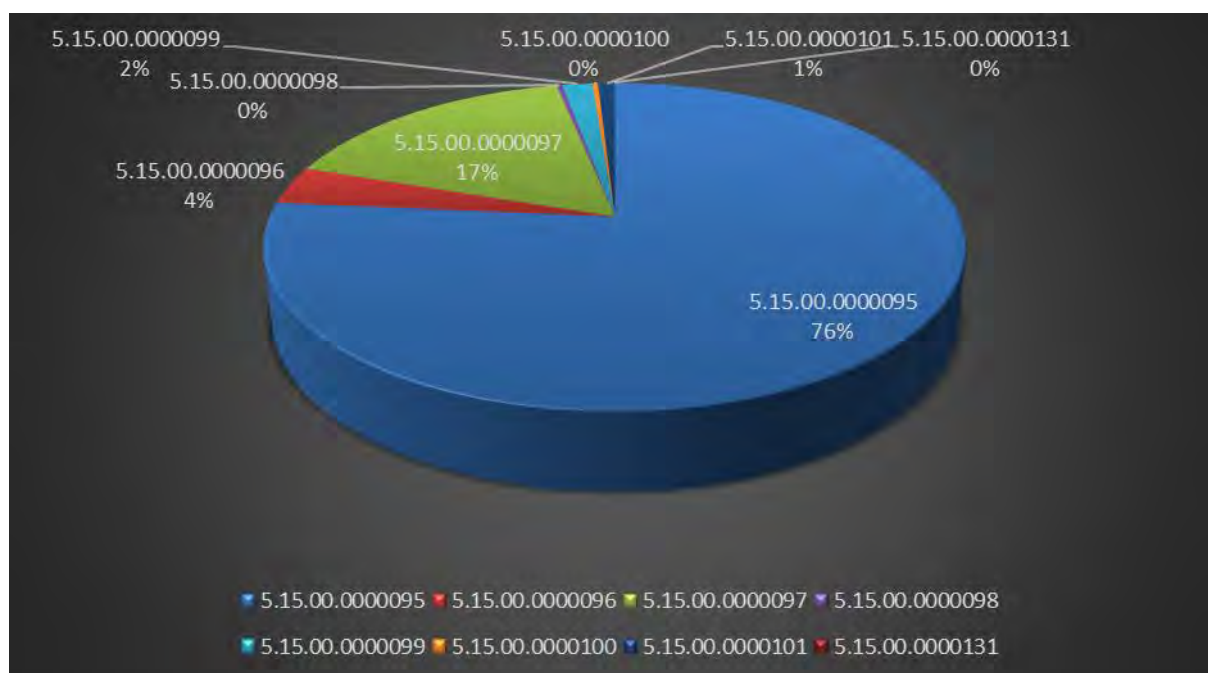
W 2015 roku średnia stawka bazowa dla produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000131 (osobodzień pobytu weterana poszkodowanego, w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL) w poszczególnych województwach utrzymywała się na podobnym poziomie. W analizowanym okresie najniższą średnią cenę produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000131 odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (średnia cena to 75 zł). Najwyższa cena produktu została zaobserwowana w województwie podkarpackim i wyniosła 76 zł.

W 2016 roku świadczenia zostały rozliczone produktem o kodzie 5.15.00.0000131 tylko w województwie mazowieckim, a średnia cena osobodnia wynosiła 75 zł.

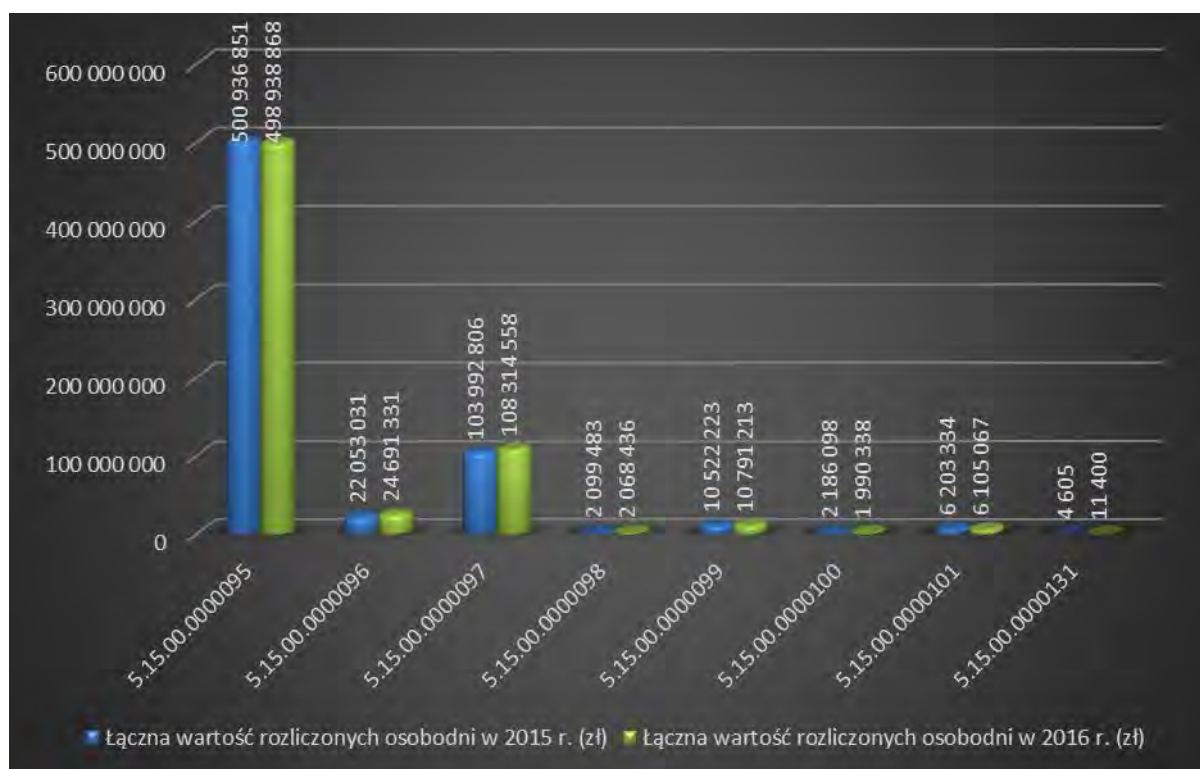
### **Wartość udzielanych świadczeń**

Łączna wartość wszystkich udzielanych świadczeń (z uwzględnieniem pobyków w szpitalu i przepustek) w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej, które zostały rozliczone z płatnikiem wyniosła w 2015 r. 649 236 962 zł, zaś w 2016 r. 654 166 310,9 zł. Oznacza to wzrost wydatków Płatnika publicznego o 4 929 348,88 zł (o 0,76% łącznych wydatków świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej). Wydatki związane rozliczaniem świadczeń w trakcie których pacjenci przebywali w szpitalu lub na przepustce wyniosły w 2015 r. 1 238 532,81 zł (0,19% wszystkich wydatków na stacjonarną opiekę długoterminową w 2015 r.), natomiast w 2016 r. 1 255 100,91 (0,19% wszystkich wydatków na stacjonarną opiekę długoterminową w 2016 r.).

Wydatki związane z udzielaniem świadczeń rozliczanych w ramach konkretnych produktów rozliczeniowych pozostają na podobnym poziomie w 2015 i 2016 r. Zdecydowanie największe wydatki związane są z opieką nad osobami dorosłymi z wynikiem 0–40 w skali Barthel (76%), następnie na opiekę nad osobami dorosłymi, które uzyskały 0 punktów w skali Barthel i były żywione dojelitowo (17%), na 3 miejscu znajdują się wydatki ponoszone na opiekę nad dorosłymi z wynikiem w skali Barthel 0–40, którzy są żywieni dojelitowo. Najmniejsze wydatki są związane z opieką nad poszkodowanymi weteranami przebywającymi w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL. Sytuację tę zobrazowano na poniższym wykresie. Łączna wartość rozliczonych świadczeń w tym wypadku dotyczy jedynie świadczeń stacjonarnych z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych NFZ. Ze względu na podobną strukturę wydatków w 2015 i 2016 r. poniższy wykres dotyczy jedynie roku 2016.



Rycina 9. Udział poszczególnych świadczeń w łącznej wartości rozliczonych w 2016 r. stacjonarnych świadczeń opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)



Rycina 10. Wartość rozliczonych osobodni w ramach poszczególnych produktów w latach 2015–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

Należy zauważyć, że łączna wartość świadczeń udzielonych jest wyższa od wartości świadczeń rozliczonych, zarówno w 2015, jak i 2016 roku. W 2015 roku wartość świadczeń udzielonych była wyższa o 6 309 212,34 zł, zaś w 2016 r. była wyższa o 19 545 203,81 zł. Szczegółowe dane dotyczące udzielania przedmiotowych świadczeń w 2015 i 2016 r. umieszczono w poniższej tabeli.



Tabela 20 Liczba oraz wartość udzielonych/rozliczonych osobodni w latach 2015–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ)

	5.15.00.0000095	5.15.00.0000096	5.15.00.0000097	5.15.00.0000098	5.15.00.0000099	5.15.00.0000100	5.15.00.0000101	5.15.00.0000131
Liczba zrealizowanych osobodni w 2015	6 778 491	196 956	535 421	8 043	110 883	14 813	25 290	61
Liczba zrealizowanych osobodni w 2016	6 842 259	222 814	561 592	8 189	115 523	13 504	24 997	152
Zmiana względem 2015 r.	63 768	25 858	26 171	146	4 640	-1 309	-293	91
Zmiana względem 2015 r. (%)	0,94	13,13	4,89	1,82	4,18	-8,84	-1,16	149,18
Liczba rozliczonych osobodni w 2015	6 711 441	195 650	532 801	8 043	108 896	14 804	24 801	61
Liczba rozliczonych osobodni w 2016	6 626 164	217 238	551 038	7 912	111 656	13 469	24 287	152
Zmiana względem 2015 r.	-85 277	21 588	18 237	-131	2 760	-1 335	-514	91
Zmiana względem 2015 r. (%)	-1,27	11,03	3,42	-1,63	2,53	-9,02	-2,07	149,18
Łączna wartość zrealizowanych osobodni w 2015 r. (zł)	506 195 364	22 215 486	104 551 939	2 099 756	10 706 319	2 187 340	6 321 511	4 605
Łączna wartość zrealizowanych osobodni w 2016 r. (zł)	515 120 809	25 323 144	110 382 076	2 138 509	11 154 706	1 995 168	6 276 979	11 400
Zmiana względem 2015 r. (zł)	8 925 445	3 107 658	5 830 138	38 753	448 388	-192 172	-44 533	6 795
Zmiana względem 2015 r. (%)	1,76	13,99	5,58	1,85	4,19	-8,79	-0,70	147,56
Łączna wartość rozliczonych osobodni w 2015 r. (zł)	500 936 851	22 053 031	103 992 806	2 099 483	10 522 223	2 186 098	6 203 334	4 605
Łączna wartość rozliczonych osobodni w 2016 r. (zł)	498 938 868	24 691 331	108 314 558	2 068 436	10 791 213	1 990 338	6 105 067	11 400
Zmiana względem 2015 r.	-1 997 983	2 638 299	4 321 753	-31 047	268 991	-195 760	-98 267	6 795
Zmiana względem 2015 r. (%)	-0,40	11,96	4,16	-1,48	2,56	-8,95	-1,58	147,56

W poniższej tabeli przedstawiono wartość świadczeń udzielonych i rozliczonych w latach 2015 i 2016 w podziale na poszczególne województwa.

**Tabela 21. Wartość świadczeń udzielonych/rozliczonych w latach 2015–2016 w poszczególnych województwach**

Etykiety wierszy	Wartość świadczeń udzielonych w 2015 r.	Wartość świadczeń rozliczonych w 2015 r.	Różnica pomiędzy wartością świadczeń udzielonych a świadczeń rozliczonych w 2015 r.	Wartość świadczeń udzielonych w 2016 r.	Wartość świadczeń rozliczonych w 2016 r.	Różnica pomiędzy wartością świadczeń udzielonych a świadczeń rozliczonych w 2016 r.
Dolnośląskie	60 155 349,82 zł	59 058 703,02 zł	1 096 646,80 zł	61 845 182,46 zł	59 435 501,46 zł	2 409 681,00 zł
Kujawsko-pomorskie	34 587 903,25 zł	32 673 703,25 zł	1 914 200,01 zł	35 184 361,22 zł	33 186 558,28 zł	1 997 802,94 zł
Lubelskie	30 359 767,66 zł	30 107 335,26 zł	252 432,40 zł	31 893 272,06 zł	31 095 181,56 zł	798 090,50 zł
Lubuskie	12 135 323,56 zł	12 062 199,40 zł	73 124,16 zł	12 291 380,44 zł	12 202 977,24 zł	88 403,20 zł
Łódzkie	31 769 658,26 zł	31 395 622,66 zł	374 035,61 zł	31 933 542,66 zł	30 944 478,34 zł	989 064,32 zł
Małopolskie	72 344 007,22 zł	72 284 572,25 zł	59 434,97 zł	77 487 339,71 zł	75 256 771,76 zł	2 230 567,96 zł
Mazowieckie	101 436 722,05 zł	100 276 318,09 zł	1 160 403,96 zł	104 024 626,97 zł	101 480 158,61 zł	2 544 468,36 zł
Opolskie	24 749 977,01 zł	24 609 947,41 zł	140 029,60 zł	25 369 343,61 zł	25 220 436,68 zł	148 906,93 zł
Podkarpackie	59 563 681,24 zł	59 494 278,44 zł	69 402,80 zł	59 404 553,66 zł	56 230 601,18 zł	3 173 952,48 zł
Podlaskie	16 661 938,54 zł	16 475 595,66 zł	186 342,88 zł	17 829 181,44 zł	17 252 985,34 zł	576 196,10 zł
Pomorskie	33 723 134,67 zł	33 445 227,53 zł	277 907,14 zł	34 243 889,53 zł	33 382 827,21 zł	861 062,32 zł
Śląskie	90 740 128,86 zł	90 694 236,06 zł	45 892,80 zł	92 074 295,10 zł	90 575 894,67 zł	1 498 400,43 zł
Świętokrzyskie	19 739 365,49 zł	19 651 496,89 zł	87 868,60 zł	21 078 988,32 zł	20 375 148,26 zł	703 840,06 zł
Warmińsko-Mazurskie	20 205 867,75 zł	19 986 837,38 zł	219 030,38 zł	20 095 714,88 zł	19 431 081,75 zł	664 633,13 zł
Wielkopolskie	26 217 266,09 zł	26 143 577,09 zł	73 689,00 zł	27 207 666,26 zł	26 953 208,16 zł	254 458,10 zł
Zachodnio-pomorskie	21 156 082,88 zł	20 877 311,63 zł	278 771,25 zł	21 748 176,38 zł	21 142 500,38 zł	605 676,00 zł
<b>Suma końcowa</b>	<b>655 546 174,35 zł</b>	<b>649 236 962,01 zł</b>	<b>6 309 212,34 zł</b>	<b>673 711 514,69 zł</b>	<b>654 166 310,88 zł</b>	<b>19 545 203,81 zł</b>

Niezależnie od roku, a także niezależnie od tego czy analizuje się wartość świadczeń udzielonych czy rozliczonych, największe wydatki związane ze stacjonarną opieką długoterminową ponosiły województwo mazowieckie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie i podkarpackie. Natomiast największa dysproporcja pomiędzy wartością świadczeń udzielonych a wartością świadczeń rozliczonych w 2015 roku dotyczyła województwa kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego, zaś w 2016 roku województwa podkarpackiego, mazowieckiego i małopolskiego. Należy podkreślić, że dysproporcja pomiędzy wartością udzielonych a rozliczonych świadczeń była dużo wyższa w 2016 r.

#### **Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową**

Polska jest jednym z wielu krajów, w których systematycznie rośnie zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Do czynników stymulujących zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne udzielane przez pracowników ochrony zdrowia i służb społecznych należą między innymi:

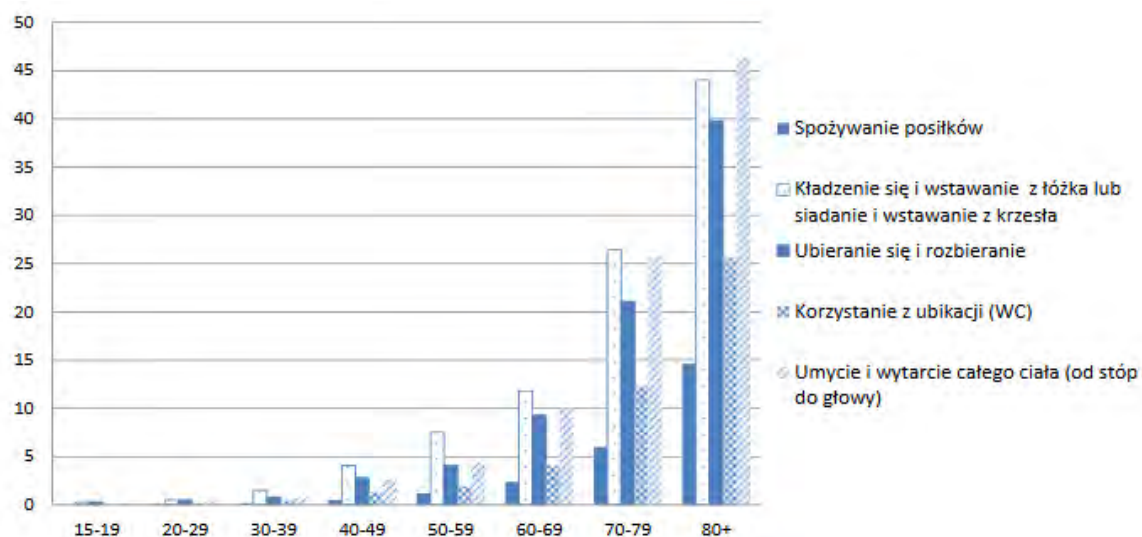
- demograficzne starzenie się społeczeństwa, wpływające bezpośrednio na wzrost liczby osób niesamodzielnych i wydłużający się okres pozostawania w tym stanie;
- sytuacja na rynku pracy, związane z nią procesy migracyjne oraz wzrost mobilności przestrzennej ludności i ograniczenie możliwości wywiązania się przez rodzinę z jej funkcji opiekuńczych;

- zmiany wielkości i składu gospodarstw domowych, powodujące ograniczenie możliwości sprawowania pielęgnacji w ramach rodziny i gospodarstwa domowego.

Należy zwrócić uwagę, że do 2035 r. w Polsce będą obserwowane dwa różnokierunkowe procesy demograficzne: przy oczekiwanym wzroście liczby osób starszych w Polsce nastąpi ogólny spadek liczby ludności. Spodziewany spadek liczby ludności implikuje dalsze ograniczenie możliwości wypełniania przez rodzinę zadań opiekuńczych i powoduje wzrost zapotrzebowania na pomoc profesjonalną lub świadczenia udzielane przez wolontariat (Błędowski i Wilmowska-Pietruszyńska, Organizacja opieki długoterminowej w Polsce - problemy i propozycje rozwiązań, 2009, str. 9).

Warto zauważyć, że nie tylko sytuacja demograficzna w naszym kraju jest przyczyną wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Również istotna jest sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego. Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa wyraża się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i psychiczne. Towarzyszy temu stałe zwiększenie się liczby osób niepełnosprawnych oraz tych, które ze względu na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenia funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego. Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Niesamodzielność to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego (Błędowski i Wilmowska-Pietruszyńska, Organizacja opieki długoterminowej w Polsce - problemy i propozycje rozwiązań, 2009, str. 11).

Z uwagi na różnice w systemach orzeczniczych opartych na różnych kryteriach niemożliwe jest jednoznaczne określenie liczby osób niesamodzielnych, nawet jeśli nie uwzględnia się zróżnicowanego stopnia niesamodzielności. Zielona księga opieki długoterminowej szacuje ich liczbę na 1,3 mln, ale raport z badania PolSenior szacuje tę liczbę na niższym poziomie, pokazując, że ich udział wśród osób w wieku 65 lat i więcej nie przekracza 40%. Choć starość nie jest równoznaczna z niesamodzielnością, to jednak osoby nieradzące sobie z wykonywaniem codziennych czynności to najczęściej osoby starsze. Według GUS ponad 2,6 mln osób dorosłych (9,4% ogółu populacji) ma ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych, z czego 218 tys. osób ma ograniczenie lekkie, 1 942 tys. osób – średnie, natomiast kolejne 473 tys. osób ma poważne ograniczenia. Problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami rosną wraz z wiekiem. Szczegóły przedstawiono na poniższej rycinie.



**Rycina 11.** Częstość występowania trudności w samoobsłudze (w %) (Błędowski i Maciejasz, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje, 2013)

Z uwagi na duże zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej i niewystarczające możliwości jej realizacji w ramach sektora ochrony zdrowia, udzielanie świadczeń opiekuńczo-zdrowotnych podejmuje także sektor pomocy społecznej (Kuźmich, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 16). Dysponuje on dwoma rodzajami domów opieki stacjonarnej, które są organizowane głównie w ramach systemu pomocy społecznej: domami stacjonarnymi (Domy Pomocy Społecznej - DPS), oraz Rodzinnymi domami pomocy (Bank Światowy, 2015, str. 26).

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na rozwój opieki długoterminowej w Polsce jest decentralizacja administracji rządowej i publicznej. Reforma decentralizacyjna przeniosła odpowiedzialność za organizację opieki długoterminowej na samorządy lokalne. Jednocześnie znaczną odpowiedzialność za formę i zakres opieki oraz jej finansowanie pozostawiono w sektorze opieki zdrowotnej. Spowodowało to utrudnienia w koordynacji działań. Samorządy regionalne zapewniają dokumenty strategiczne (zgodnie z przepisami dotyczącymi obowiązków samorządów terytorialnych) zawierające ocenę potrzeb socjalnych i zdrowotnych, łącznie z potrzebami w zakresie opieki długoterminowej na danym terytorium. Dokumenty te powinny zawierać informacje o planowanych inwestycjach w infrastrukturę i usługi opieki długoterminowej. Właściwa koordynacja działań organizowanych i finansowanych w ramach sektora opieki zdrowotnej i sektora socjalnego, pozostaje wciąż ważnym wyzwaniem. Chociaż wydaje się, że powstało wiele rozwiązań, dostęp do formalnej opieki długoterminowej jest wciąż ograniczony (Bank Światowy, 2015, str. 32).

Zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz finansowanie w ramach systemu ochrony zdrowia są ustalane przez NFZ, na podstawie corocznych zarządzeń Prezesa NFZ i obowiązują we wszystkich regionach Polski. W zależności od województwa, jego charakteru i struktury, wydatki przeznaczane na finansowanie opieki długoterminowej są zmienne w każdym regionie (Mitek, 2014, str. 926).

Zróżnicowanie finansowania opieki długoterminowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest silnie uzależnione od struktury danego rejonu Polski. Istnieją województwa dominujące pod względem liczby świadczeniodawców oraz pod względem wysokości kontraktów, tj. mazowieckie, śląskie, dolnośląskie i małopolskie. Duży wpływ ma liczba ludności w danym województwie a także struktura wiekowa.

Można przypuszczać, że w województwach o dość dużym udziale kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w ogóle świadczeń zdrowotnych (opolskie, podkarpackie, śląskie), żyje więcej osób starszych i potrzebujących niż w innych regionach, co niestety nie ma odniesienia w liczbie dostępnych łóżek dla pacjentów (Mitek, 2014, str. 931).

Duże znaczenie w zróżnicowaniu kosztów NFZ ma przede wszystkim liczba mieszkańców, co szczególnie pokrywa się w przypadku województw o największych kosztach oraz największej liczbie mieszkańców. Województwa o najwyższych kosztach charakteryzują się również największym PKB ogółem, co potwierdza również zależność wysokości kosztów na świadczenia pielęgnacyjne od gospodarki narodowej. Należy zaznaczyć, że łącznie w Polsce w 2012 roku ze świadczeń ZPO i ZOL korzystało 58 132 osoby, najwięcej w województwach mazowieckim i śląskim – ponad 8 tys. pacjentów. Są to również regiony o najwyższych kosztach ogółem na tego typu świadczenia (Mitek, 2014, str. 929).

### **Podsumowanie**

Według danych WHC od początku 2012 r. obserwuje się stopniowe wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL/ZPO. W pierwszym kwartale 2017 r. średni czas oczekiwania do ZOL wynosił 16 miesięcy zaś do ZPO 14 miesięcy.

W 2015 roku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielało łącznie 420 świadczeniodawców. Mimo tego, iż w 2016 r. świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielało ogółem 418 świadczeniodawców, sytuacja przedstawia się analogicznie do roku 2015 (w stosunku do 2015 r. przybyło 2 świadczeniodawców w województwie dolnośląskim oraz jeden świadczeniodawca w województwie warmińsko-mazurskim; ubyło 2 świadczeniodawców w województwie małopolskim i po 1 świadczeniodawcy w województwach lubelskim, łódzkim i śląskim).

W analizowanym okresie najwięcej świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych odnotowano w województwie mazowieckim. Najmniej świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych było natomiast w województwie zachodniopomorskim.

Nie wszystkie świadczenia charakteryzowały się taką samą dostępnością w poszczególnych województwach. Świadczenia opieki stacjonarnej długoterminowej dla dzieci zapewniało tylko 10 województw. Pacjenci nie mieli dostępu do świadczeń dla dzieci w województwie lubuskim, lubelskim, łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. W 2015 roku świadczenia udzielane w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia były udzielane w następujących województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim i wielkopolskim. Najwięcej pacjentów objętych świadczeniami w tego ramach produktu rozliczeniowego odnotowano w województwie dolnośląskim i śląskim. W analizowanym okresie najwięcej świadczeń udzielonych u dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywionych dojelitowo odnotowano w województwie śląskim, dolnośląskim i pomorskim.

W 2015 i 2016 roku funkcjonowało 15 świadczeniodawców zapewniających świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci. Pod opieką jednego świadczeniodawcy pozostawało od 1 do 70 dzieci w trakcie roku. Średnio na 1 świadczeniodawcę przypada 34 dzieci. Należy nadmienić, iż ta stosunkowo niewielka liczba placówek nie jest zjawiskiem negatywnym, ponieważ w wielu przypadkach opieka nad chorymi dziećmi jest realizowana w warunkach domowych. Taka sytuacja

znajduje również odzwierciedlenie w innych krajach, w których minimalizuje się organizację opieki dla dzieci w warunkach stacjonarnych, na rzecz wsparcia opieki domowej.

Ograniczony dostęp do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych mieli również weterani poszkodowani. Mogli oni uzyskać świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze w Domu Weterana jedynie w województwie podkarpackim, warmińsko-mazurskim i mazowieckim.

Dane sprawozdane do NFZ za 2015 i 2016 rok nie obejmowały pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, jednak z informacji Agencji wynika, iż w analizowanym okresie w Polsce było dwóch świadczeniodawców realizujących tego rodzaju świadczenia. Świadczeniodawcy realizowali świadczenia dla pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych HIV w województwie mazowieckim i pomorskim.

W 2015 roku świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze były realizowane łącznie u 43 026 pacjentów, natomiast w 2016 roku u 40 320 pacjentów.

Najwięcej pacjentów (unikalne identyfikatory pacjentów) objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej w 2015 roku odnotowano w województwie mazowieckim, śląskim, małopolskim, dolnośląskim i łódzkim. Liczba pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w tych 5 województwach przekraczała w 2015 roku 52% wszystkich pacjentów objętych opieką długoterminową. Podobnie w 2016 r. z tym, że miejsce województwa łódzkiego zajęło województwo podkarpackie.

Największą grupę pacjentów, u których w 2015 roku wykonywane były świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze stanowiły osoby przebywające w ZOL/ZPO, które uzyskały od 0 do 40 punktów w skali Barthel. Pobytu rozliczane w ramach produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 stanowiły aż 84% wszystkich realizowanych w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Bardzo nieliczną grupę pacjentów, na tle wszystkich osób objętych stacjonarną opieką długoterminową stanowią dzieci i młodzież. Łącznie opiekę rozliczaną produktami dotyczącymi świadczeń dla dzieci i młodzieży sprawowano w 2015 roku nad 532 pacjentami z tej grupy wiekowej. Najmniej pobytów pacjentów (2) rozliczono produktem 5.15.00.0000131. Byli to pacjenci przebywający w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL.

Należy zauważyć, że sumaryczna liczba pacjentów w poszczególnych produktach jest wyższa niż liczba pacjentów w 2015 roku (liczona po unikalnych identyfikatorach pacjentów). Wynika to z faktu, że stan pacjentów jest zmienny i niekiedy wymagają oni okresowego włączenia żywienia dojelitowego/pozajelitowego, a także z migracji pomiędzy świadczeniodawcami.

Z danych NFZ i GUS wynika, że największe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w 2015 roku występowało w województwie opolskim i podkarpackim.

W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców najwięcej świadczeniodawców przypadało w województwie opolskim. Taka sytuacja może wynikać z faktu, iż według GUS w tym województwie w 2015 roku było najmniej mieszkańców, natomiast liczba świadczeniodawców była dość wysoka w skali kraju. Najmniej świadczeniodawców na 100 tys. mieszkańców przypadało natomiast w województwie wielkopolskim.

W 2015 roku średnia cena dla produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 (osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0), w ramach którego objęto opieką największy odsetek pacjentów, wyniosła dla całego kraju 74,66 zł i utrzymywała się na zbliżonym poziomie w poszczególnych województwach. W 2015 roku najwyższą średnią cenę produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 odnotowano w województwie wielkopolskim

(średnia cena wyniosła 77,00 zł). Najniższa cena produktu (72,00 zł) została zaobserwowana w województwie dolnośląskim. W 2016 roku średnia cena produktu dla całego kraju wynosił 75,73 zł i utrzymywała się na zbliżonym poziomie w poszczególnych województwach. W 2016 roku najwyższą średnią cenę produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 odnotowano aż w 5 województwach (średnia cena wyniosła 77,00 zł). Najniższa średnia cena produktu (72 zł) została zaobserwowana w województwie dolnośląskim – podobnie jak w roku 2015. Najniższa cena produktu wynosiła 68,40 zł (2 świadczeniodawca w województwie pomorskim), zaś najwyższa 81,40 zł (świadczeniodawca w województwie łódzkim).

W 2015 i 2016 roku odnotowano następujące różnice w cenie pozostałych produktów rozliczeniowych w zależności od świadczeniodawcy i województwa:

- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000096: od 68,40 do 77,43 zł,
- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000097: od 65,77 do 81,40 zł,
- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000098: od 67,50 do 78 zł,
- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000099: od 92 do 108 zł,
- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000100: od 88,63 do 108 zł,
- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000101: od 92 do 108 zł,
- w przypadku produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000131: od 75 do 76 zł.

Łączna wartość wszystkich udzielanych świadczeń (z uwzględnieniem pobytów w szpitalu i przepustek) w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej, które zostały rozliczone z płatnikiem, wyniosła w 2015 r. 649 236 962 zł, zaś w 2016 r. 654 166 310,9 zł. Oznacza to wzrost wydatków Płatnika publicznego o 4 929 348,88 zł (o 0,76% łącznych wydatków świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej). Wydatki związane z rozliczaniem świadczeń w trakcie których pacjenci przebywali w szpitalu lub na przepustce wyniosły w 2015 r. 1 238 532,81 zł (0,19% wszystkich wydatków na stacjonarną opiekę długoterminową w 2015 r.), natomiast w 2016 r. 1 255 100,91 (0,19% wszystkich wydatków na stacjonarną opiekę długoterminową w 2016 r.).

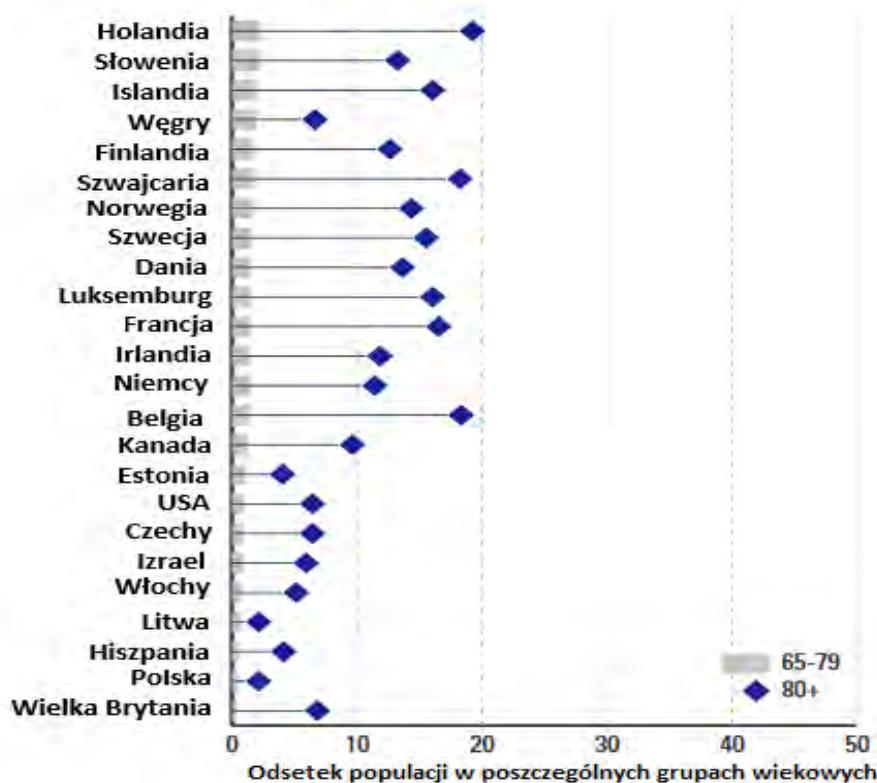
Zdecydowanie największe wydatki związane są z opieką nad osobami dorosłymi z wynikiem 0–40 w skali Barthel (76%), następnie z opieką nad osobami dorosłymi, które uzyskały 0 punktów w skali Barthel i były żywione dojelitowo (17%), na 3 miejscu znajdują się wydatki ponoszone na opiekę nad dorosłymi z wynikiem w skali Barthel 0–40, którzy są żywieni dojelitowo. Najmniejsze wydatki są związane z opieką nad poszkodowanymi weteranami przebywającymi w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL, jednak wiąże się to bezpośrednio z niewielką liczebnością tej grupy pacjentów.

Niezależnie od roku, a także niezależnie od tego czy analizuje się wartość świadczeń udzielonych czy rozliczonych, największe wydatki związane ze stacjonarną opieką długoterminową ponosiły województwo mazowieckie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie i podkarpackie. Natomiast największa dysproporcja pomiędzy wartością świadczeń udzielonych a wartością świadczeń rozliczonych w 2015 roku dotyczyła województwa kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego, zaś w 2016 roku województwa podkarpackiego, mazowieckiego i małopolskiego. Należy podkreślić, że dysproporcja pomiędzy wartością udzielonych a rozliczonych świadczeń była dużo wyższa w 2016 roku.

## 2.4.Stan finansowania w innych krajach

Problem zmian demograficznych generujących coraz większe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w warunkach stacjonarnych jest widoczny w całej Europie.

Poniższa rycina przedstawia udział pacjentów objętych opieką stacjonarną w podziale na grupy wiekowe i kraje.



**Rycina 12.** Udział pacjentów objętych opieką stacjonarną w podziale na grupy wiekowe i kraje (opracowanie własne na podstawie (Rodrigues, Huber i Lamura, Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America, 2012, str. 91)

Chociaż pacjenci przebywający w placówkach opieki są starsi niż ci otrzymujący opiekę domową, większość pacjentów powyżej 80 roku życia otrzymuje świadczenia w ramach opieki domowej. Największy odsetek pacjentów w przedziale wiekowym od 65 do 79 lat objętych opieką stacjonarną zaobserwowano w Holandii, Słowenii i na Islandii. Największy odsetek pacjentów powyżej 80 roku życia odnotowano natomiast w Holandii, Szwajcarii i Belgii.

Szczególną grupą pacjentów objętych opieką długoterminową w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych stanowią dzieci.

Według Stein 2001 dzieci objęte opieką długoterminową oprócz standardowej opieki medycznej wymagają przekrojowego systemowego podejścia. Należy zwrócić uwagę choćby na różne rodzaje terapii obejmujące mowę, słuch, fizjoterapię czy terapię zajęciową. Kluczowym elementem jest koordynacja opieki ze względu na zmieniającą się sytuację pacjenta, a także dużą liczbę osób zaangażowanych w opiekę. Kolejne wyzwania stanowi edukacja (Stein, 2001, strony 282-283).

Długoterminowa opieka stacjonarna niesie największe i najbardziej przewidywalne koszty, a także najmniej korzyści dla rozwoju dziecka. W efekcie w USA obserwuje się znaczne naciski zmierzające do



unikania umieszczania w placówkach noworodków, dzieci i młodzieży. Większa mobilność w połączeniu z oczekiwaniem społecznym, że to rodzina obejmie opieką dzieci, doprowadziły do zmniejszenia odsetka dzieci objętych stacjonarną opieką długoterminową.

Wiele miejskich aglomeracji dysponuje placówkami opieki długoterminowej ukierunkowanymi na rehabilitację dla dzieci, które stanowią dla nich zarówno miejsce zamieszkania, jak i leczenia dziennego. W pozostałych przypadkach dzieci i dorośli przebywają w tych samych zakładach opiekuńczo-leczniczych, w których dominujący odsetek stanowią pacjenci dorośli. W zakładach przeznaczonych dla dorosłych specjalne programy dostosowane do potrzeb dzieci i wyszkolony personel stanowią raczej wyjątek niż regułę. Takie podejście kontrastuje z placówkami dziecięcymi, które dysponują specjalnie opracowanymi programami edukacyjnymi i rekreacyjnymi, konsultacjami psychologicznymi i bardziej liberalną polityką wizyt, pozwalającą na podtrzymanie więzi rodzinnych.

Kolejny problem stanowi opieka długoterminowa nad dziećmi, które osiągają pełnoletność. Programy opieki nie są dostosowane do młodzieży i młodych dorosłych, którzy przestają być objęci opieką pediatryczną i związanym z nią finansowaniem. Tacy pacjenci stanowią wyzwanie dla personelu ze względu na brak programu przejścia z opieki pediatrycznej do opieki nad osobami dorosłymi (Stein, 2001, str. 285).

### ***Finansowanie w innych krajach***

Finansowanie długoterminowej opieki zdrowotnej w UE jest zróżnicowane i stanowi odzwierciedlenie różnych tradycji oraz priorytetów. Jednak istotną rolę odgrywają tu cztery następujące czynniki:

- wielkość środków wyasygnowanych na długoterminową opiekę zdrowotną oraz wielkość objętej nią populacji;
- ustalenia podjęte w danym kraju w odniesieniu do finansowania, oparte na stopniu zamożności społeczeństwa;
- stopień finansowego zaangażowania osób prywatnych; oraz
- rozdzielenie odpowiedzialności sektora publicznego i prywatnego za realizację długoterminowej opieki zdrowotnej (Komisja Europejska, 2008).

Koszty stanowią barierę w szczególności w wypadku uboższych grup ludności, które mogą być zmuszane do samodzielnego pokrywania niektórych wydatków. W niektórych krajach, m.in. na Cyprze, w Estonii oraz Irlandii, wprowadzono współfinansowanie długoterminowej opieki zdrowotnej. W Niemczech niewielki, lecz stale powiększający się odsetek populacji (wynoszący w chwili obecnej 1 %) dobrowolnie opłaca uzupełniające ubezpieczenie prywatne celem pokrycia np. kosztów zakwaterowania w domach opieki. Stanowi ono dodatek do określonych ubezpieczeń w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej oraz pomocy socjalnej (Komisja Europejska, 2008, str. 4).

Istnieje wiele rozwiązań redukujących bezpośrednie koszty opieki. Obejmują one:

- zwolnienie ze współfinansowania lub współfinansowanie w wysokości zależnej od dochodu;
- dodatkowe wsparcie finansowe i socjalne dla osób w podeszłym wieku, osób niesamodzielnych, niepełnosprawnych i przewlekle chorych;
- pokrywanie ze środków państwowych wydatków na długoterminową opiekę zdrowotną nad osobami z rodzin ubogich;
- ujednolicenie współfinansowania tych usług w skali całego kraju; oraz

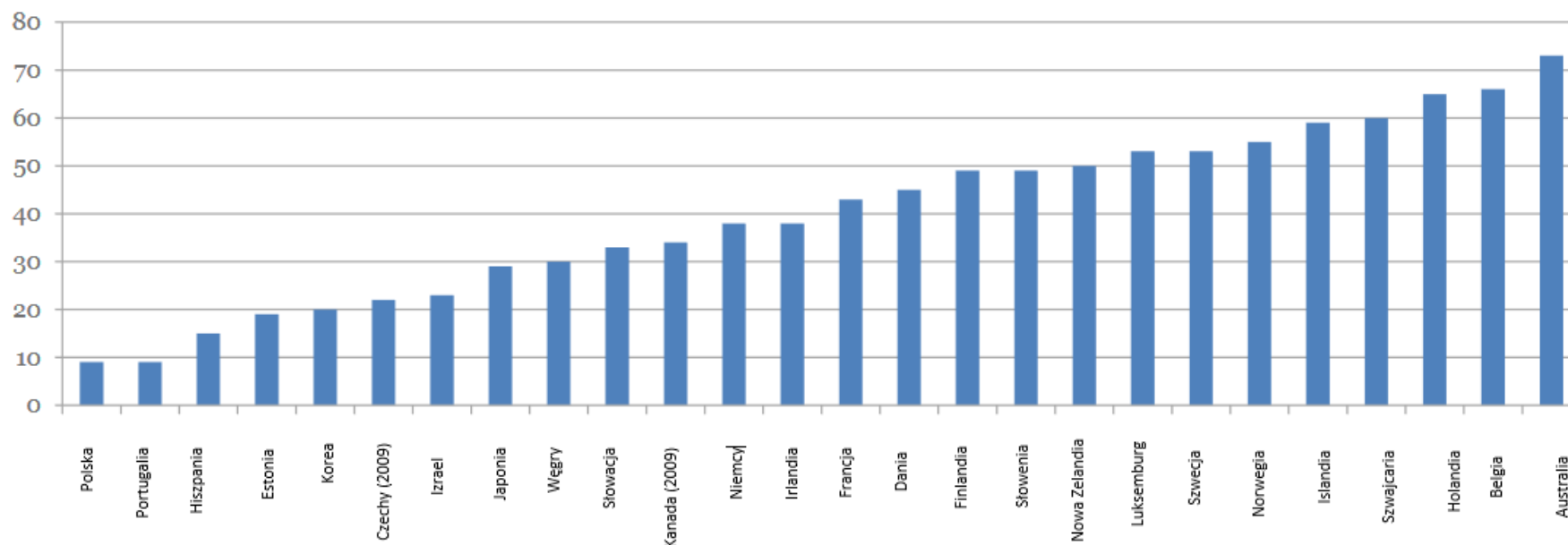
- subwencje państwa na korzystanie z usług świadczonych przez instytucje prywatne (Komisja Europejska, 2008, str. 5).

Poniższa tabela przedstawia wady i zalety głównych sposobów finansowania opieki długoterminowej w krajach europejskich.

**Tabela 22 Wady i zalety głównych sposobów finansowania opieki długoterminowej w krajach europejskich (Rodrigues, Long-term care – the problem of sustainable financing, 2014, str. 8)**

Sposób finansowania	Zalety	Wady	Przykładowe kraje
<b>Ubezpieczenie prywatne</b>	Teoretyczna neutralność dla państwowego budżetu	Ograniczona podstawa opodatkowania Może wymagać dopłat w przypadku osób o niskich dochodach lub niezatrudnionych (o ile obowiązkowe) Niekorzystna selekcja (o ile obowiązkowa) Problemy w ocenie ryzyka Prefinansowanie nakłada okres oczekiwania	Żaden kraj w Europie, z wyjątkiem Francji, nie ma prywatnego ubezpieczenia zapewniającego więcej niż zakwaterowanie
<b>Ubezpieczenie społeczne</b>	Transparentność: poprzez określenie jasno sprecyzowanego tytułu do świadczeń (mniejsza stygmatyzacja pacjentów) i dedykowany sposób finansowania Przewidywalny dochód Przystępne składki (o ile są powiązane z wysokością dochodu) Brak okresu oczekiwania (w przypadku PAYG)	Faworyzowanie braku elastyczności świadczeń Ograniczona podstawa podatkowa Negatywny wpływ na budżet państwa (w przypadku PAYG)	Niemcy, Luksemburg, Belgia (Flandria), Holandia
<b>System oparty na podatkach (uniwersalny)</b>	Szersza podstawa podatkowa Brak okresu oczekiwania (w przypadku PAYG) Potencjalne faworyzowanie większej elastyczności świadczeń	Brak bezpośredniego podłączenia między dochodem a świadczeniami Mniejsza transparentność alokacji świadczeń (może zależeć od dostępnego budżetu) Negatywny wpływ na budżet państwa (w przypadku PAYG)	Szwecja i Dania (bez świadczeń pieniężnych) Austria i Czechy (ze świadczeniami pieniężnymi)

Na poniższej rycinie przedstawiono liczbę osób powyżej 65 roku życia korzystających z długoterminowej opieki instytucjonalnej (na populację 1 000 osób) w 2010 roku.



**Rycina 13** Liczba osób powyżej 65 roku życia korzystających z długoterminowej opieki instytucjonalnej (na populację 1 000 osób) w 2010 roku (OECD, 2012)

Z powyższej ryciny wynika, że spośród 26 krajów najmniej osób powyżej 65 roku życia korzystało z długoterminowej opieki instytucjonalnej w Polsce. Ponad siedmiokrotnie większą liczbę świadczeniobiorców odnotowano natomiast w Australii.

**Tabela 23 Zasady dopłat uiszczanych przez pacjentów w długoterminowej opiece instytucjonalnej (Komisja Europejska, 2014, str. 12)**

Kraj	Dopłaty uiszczane przez pacjenta stanowią odsetek
Belgia	kosztów zakwaterowania i wyżywienia oraz określonych rodzajów opieki
Bułgaria	dochodu pacjenta (50-80% dochodu)
Czechy	kosztów zakwaterowania i wyżywienia
Dania	kosztów zakwaterowania i wyżywienia
Niemcy	kosztów zakwaterowania, wyżywienia i kosztów inwestycyjnych
Hiszpania	dochodu pacjenta (70-80% dochodu)
Francja	kosztów zakwaterowania i wyżywienia oraz określonych rodzajów opieki
Chorwacja	dochodu pacjenta
Irlandia	dochodu pacjenta (około 80% dochodu)
Włochy	dochodu pacjenta
Łotwa	dochodu pacjenta (do 90% dochodu)
Litwa	dochodu pacjenta
Węgry	dochodu pacjenta
Holandia	dochodu pacjenta, uzależniona od maksymalnych stawek dopłat
Austria	dochodu pacjenta (około 80% dochodu)
Finlandia	dochodu pacjenta (około 80% dochodu)
Słowacja	dochodu pacjenta
Słowenia	dochodu pacjenta
Szwecja	dochodu pacjenta, uzależniona od maksymalnych stawek dopłat

System finansowania opieki długoterminowej w różnych krajach różni się pod względem środków pozyskiwanych z podatków narodowych lub regionalnych, opieki społecznej i prywatnych środków (własne zasoby finansowe świadczeniobiorcy lub ubezpieczenie prywatne). Największy prywatny udział w płatności za opiekę długoterminową obserwuje się w takich krajach jak Niemcy czy Hiszpania, natomiast najniższy w krajach skandynawskich (Bocquaire, 2016, str. 14).

Finansowanie opieki długoterminowej stacjonarnej ze środków publicznych odbywa się najczęściej na zasadzie płatności za dzień pobytu w placówce (OECD, 2011).

Poniższa tabela przedstawia przegląd rozwiązań systemowych i kosztów opieki długoterminowej w różnych krajach.

Tabela 24 Przegląd rozwiązań systemowych i kosztów opieki długoterminowej w różnych krajach

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
<b>Australia</b>	<p>Australia to federacja złożona z sześciu stanów i dwóch terytoriów. Rząd federalny jest odpowiedzialny za finansowanie i projektowanie opieki długoterminowej dla osób w wieku 65 lat lub starszych, podczas gdy stany i terytoria planują oraz nadzorują opiekę długoterminową dla osób niepełnosprawnych i w wieku poniżej 65 lat (z wyjątkiem usług związanych z zatrudnianiem) i przyczyniają się do finansowania w ramach Krajowej Umowy o niepełnosprawności/niezdolności do pracy (OECD 2011).</p> <p>Osoby wymagające opieki długoterminowej mogą skorzystać z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• opieki z zakwaterowaniem na miejscu/domów opieki (<i>residential care</i>),</li> <li>• opieki bez zakwaterowania (<i>non-residential care</i>),</li> <li>• opieki środowiskowej nad osobami starszymi (<i>Community Aged Care Packages CACPs</i>) (Dale 2013).</li> </ul>	<p>Podstawową opłatą dzienną jest wkład świadczeniobiorcy, który wynosi 85% rocznej jednolitej emerytury podstawowej, wypłacany bezpośrednio usługodawcy w imieniu świadczeniobiorcy. Opłata obejmuje koszty zakwaterowania, wyżywienia, sprzątania, prania, pielęgnacji ciała, ogrzewania i chłodzenia; a także pozostawia świadczeniobiorcy z minimalną kwotą emerytury środki na wszelkie dodatkowe koszty osobiste. Wysokość opłaty za zakwaterowanie jest wynegocjowana pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą w granicach maksymalnych ustalonych przez rząd. Dodatkowe opłaty za usługi mogą być negocjowane ze świadczeniobiorcą i pobierane przez świadczeniodawcę (Dale 2013).</p>	<p>Maksymalna stawka opłacana przez świadczeniobiorcę: 41 AUD (123,83 PLN*) dziennie.</p> <p>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 AUD= 3,0203 PLN</p>
<b>Austria</b>	<p>Opieka długoterminowa w Austrii obejmuje poniższe podstawowe założenia uregulowane prawnie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby wymagające opieki powinny móc wybrać rodzaj świadczenia opiekuńczego;</li> <li>• preferowaną formą opieki jest opieka domowa, nie zaś opieka instytucjonalna;</li> <li>• opieka instytucjonalna powinna być świadczona w niewielkich placówkach zlokalizowanych w dzielnicach mieszkaniowych.</li> </ul> <p>W Austrii opieka długoterminowa odbywa się w dwóch trybach. Należą do nich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• opieka instytucjonalna świadczona na poziomie lokalnym lub przez organizacje non-profit i związki wyznaniowe. Ośrodki stacjonarne obejmują placówki opiekuńcze, domy spokojnej starości, centra opieki nocnej i ambulatoryjnej;</li> </ul>	<p>W Austrii opieka długoterminowa jest finansowana ze środków prywatnych i publicznych. Prywatne środki (tj. współpłatność świadczeniobiorców) stanowią kluczowy czynnik w ocenie większości rodzajów opieki długoterminowej w Austrii. W przypadku opieki domowej opłaty zwykle uzależnione są od przychodu świadczeniobiorcy, a niektóre regiony określają poziom dopłat. Sprecyzowane są również maksymalne stawki dla świadczeniobiorców. Ze względu na znaczne zróżnicowanie opłat w różnych regionach, udział publicznych i prywatnych środków na opiekę domową różni się w zależności od regionu. Podczas gdy w jednym regionie dopłata wynosi tylko 10% całkowitego kosztu, w innym jest to aż 50%. W przypadku stacjonarnej opieki długoterminowej bezpośrednie finansowanie publiczne ma miejsce na etapie budowy placówki. Za stacjonarną opiekę długoterminową płać świadczeniobiorcy. Publiczne finansowanie jest wymagane tylko wtedy, gdy świadczeniobiorca nie jest w stanie pokryć opłaty. Wówczas opieka społeczna występuje jako pożyczkodawca. W takiej sytuacji przychód i mienie osoby potrzebującej opieki długoterminowej jest administrowane przez lokalne władze, a jedynie niewielka ilość pieniędzy jest</p>	<p>100% płatność świadczeniobiorcy</p>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	<ul style="list-style-type: none"> <li>opieka domowa świadczona głównie przez organizacje non-profit. Opieka domowa obejmuje również opiekę pielęgnarską, dowożenie posiłków, usługi transportowe, sprzątanie domu, pranie i pomoc weekendową (Riedel i Kraus, 2010, str. 4).</li> </ul> <p>Prawo określa siedem poziomów opieki, które pociągają za sobą dodatek na opiekę wynoszący od 154,20 do 1655,80 euro (od 654,72 do 7019,76 PLN*) . Stawka jest zależna od ilości godzin opieki (w zależności od poziomu od 50 godzin do 180 godzin i więcej).</p> <p><i>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 EUR= 4,2395 PLN</i></p>	<p>pozostawiona do własnego użytku świadczeniobiorcy („kieszonkowe”). W systemie austriackim ogólna zasada dotycząca opieki społecznej, a także stacjonarnej opieki zdrowotnej zakłada, że osoba, której środki finansowe nie pozwalają na pokrycie kosztów pobytu w ośrodku, w przypadku poprawy sytuacji finansowej ma obowiązek zwrócić środki lokalnym władzom. Władze są także uprawnione do dochodzenia roszczeń od członków rodziny (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 200).</p> <p>Pod względem opieki instytucjonalnej lokalne władze zapewniają uprawnionym świadczeniodawcom (publicznym lub prywatnym) subwencje na pokrycie kosztów utrzymania budynków prywatnych domów opieki. Świadczeniodawcy, którzy zaakceptują subwencję, zobowiązują się do opieki nad pacjentami, którzy nie są w stanie uiścić opłaty. Lokalne władze zapewniają również wsparcie osobom potrzebującym opieki długoterminowej przebywającym w ośrodku uprawnionym do sprawowania opieki, jeżeli przychód pacjenta nie jest wystarczający. Środki finansowe pochodzą z systemu ubezpieczeń społecznych.</p> <p>Poziom finansowania ze środków publicznych różni się w zależności od modelu obliczania stawek dziennych za przebywanie w domu opieki (przykładowo w Salzburgu stawkiienne są takie same dla wszystkich świadczeniodawców w obrębie regionu, natomiast w Wiedniu różnią się one w zależności od struktury kosztów świadczeniodawcy). Lokalne władze mogą ustalić - w zależności od kategorii jakościowej domu opieki – dzienną stawkę lub obliczyć ją na podstawie konkretnych rodzajów kosztów operacyjnych świadczeniodawców na danym obszarze. W konsekwencji poprzedni model prowadził do tych samych stawek dla świadczeniodawców w tej samej kategorii jakościowej w danym rejonie, a ostatni różnicował stawkiienne w zależności od struktury konkretnych kosztów danego świadczeniodawcy w obrębie tej samej kategorii jakościowej w danym rejonie. W związku z tym stawka dzienna mogła różnić się między świadczeniodawcami. W każdym z wymienionych przypadków stawka dzienna odnosiła się do kosztów zakwaterowania, a koszty opieki osobistej należało dodać. Stawki za opiekę osobistą nie różnią się między świadczeniodawcami w danym rejonie. Stawkiienne zależą od prywatnych wpłat podopiecznych placówek i mogą być subwencjonowane przez lokalne władze w przypadku niewystarczającego przychodu pacjentów (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 198).</p>	
<b>Belgia</b>	<p>W Belgii opieka długoterminowa jest zorganizowana w następujących formach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>szpitali dla przewlekłe chorych,</li> <li>zakładach stałego i dziennego pobytu,</li> </ul>	<p>W Belgii opieka długoterminowa jest finansowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (stawka osobodnia jest zróżnicowana w zależności od stopnia samodzielności pacjenta). Pacjenci pokrywają częściowo koszty opieki. Dodatkowo finansowanie odbywa się w formie dopłat z ubezpieczenia</p>	brak danych

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	<ul style="list-style-type: none"> <li>opieki domowej realizowanej przez świadczeniodawców prywatnych i publicznych (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 14).</li> </ul>	zdrowotnego po przekroczeniu limitu (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 14).	
<b>Francja</b>	<p>We Francji znajduje się ponad 10 000 instytucji świadczących opiekę nad osobami starszymi. Wśród profili placówek znajdują się zarówno ośrodki zapewniające jedynie zakwaterowanie, bez świadczeń medycznych, a także ośrodki dla osób wymagających opieki długoterminowej, odpowiednio wyposażone w specjalistyczny sprzęt (Courbage, 2012, str. 129).</p>	<p>Opieka długoterminowa we Francji jest finansowana przez wiele instytucji publicznych.</p> <p>W praktyce wydatki ze środków publicznych pochodzą z czterech głównych źródeł:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ubezpieczenia społecznego (63,1%),</li> <li>lokalnych samorządów (20,5%),</li> <li>Narodowego Funduszu Solidarności dla Autonomii (14,5%),</li> <li>finansowania państwowego (1,9%) (Courbage, 2012, strony 131-132).</li> </ul>	<p>Średni koszt opieki stacjonarnej waha się od 2 000 do 6 500 euro. Na koszty składają się następujące komponenty:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zakwaterowanie i wyżywienie (koszt nie jest uzależniony od stopnia zależności)</li> <li>koszt uzależniony od stopnia zależności pacjenta (od 300 do 500 euro miesięcznie, czyli od 1272,85 do 2119,75 PLN); koszt ten jest w znacznej mierze pokrywany ze środków publicznych (Courbage, 2012, str. 129)</li> </ul> <p><i>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 EUR= 4,2395 PLN</i></p>
<b>Hiszpania</b>	<p>System finansowania w Hiszpanii jest formalnie określany jako uniwersalny, a prawo do opieki długoterminowej stanowi prawo podmiotowe (Costa-Font i Courbage, 2012, strony 174-175).</p> <p>Opieka stacjonarna może być świadczona stale lub tymczasowo, w zależności od tego, czy pacjent wymaga ciągłej opieki czy też czasowego pobytu w placówce na potrzeby</p>	<p>W finansowaniu współuczestniczy rząd centralny i autonomiczne regiony. Program obejmuje pakiet podstawowy, który zgodnie z założeniem ma być dostępny wszędzie dla wszystkich obywateli. Pakiety komplementarne są świadczone i finansowane przez regiony, a profile pakietów zależą bezpośrednio od regionów. Każdy region dysponuje odrębnym prawem obejmującym świadczenia opieki długoterminowej finansowane publicznie. Publiczne domy opieki są zarządzane przez gminy, które pokrywają</p>	brak danych

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	<p>rekonwalescencji, w okresie urlopowym czy też w weekendy. Opieka instytucjonalna w Hiszpanii obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• opiekę w placówce dla osób starszych, zależnych od innych,</li> <li>• opiekę w centrum opieki dla osób zależnych, z uwzględnieniem stopnia tej zależności, a także intensywności opieki, jakiej wymaga dana osoba (Fernanda Gutierrez, Jimenez-Martin i Sanchez, 2010, str. 6).</li> </ul> <p>Opieka stacjonarna dotyczy w szczególności osób powyżej 65 roku życia, a w 2004 roku 60% opieki długoterminowej świadczone w domach opieki. Świadczenie opieki stacjonarnej jest w dużej mierze przejęte przez sektor prywatny. Mimo nowopowstałych domów opieki finansowanych ze środków publicznych, liczba osób wybierających prywatną płatną i bezpłatną opiekę wzrosła z 73% w 1999 roku do 80% w 2004 roku. Mimo to finansowanie systemu nadal pozostaje w gestii sektora publicznego, a około 60% domów opieki finansowanych ze środków publicznych i 18% całkowitej liczby łóżek (dane na 2004 rok) było kontraktowanych przez sektor publiczny (Costa-Font i Courbage, 2012, strony 174-175). Hiszpańskie prawo określa trzy stopnie zależności świadczeniobiorcy i dzieli każdy z nich na dwa poziomy. Prawo określa również listę świadczeń rzeczowych (od urządzeń technicznych umożliwiających opiekę domową po pobyt w wyspecjalizowanej placówce). Promowaną formą wsparcia nad świadczeniami pieniężnymi są świadczenia rzeczowe.</p>	<p>finansowanie w 50%. Pozostałe 30% pokrywają autonomiczne regiony, a 20% państwo (Costa-Font i Courbage, 2012, strony 174-175). Świadczeniobiorca współuczestniczy w finansowaniu programu opieki w zależności od możliwości finansowych (przychodu i majątku) (Bocquaire, 2016, str. 12).</p>	
<b>Holandia</b>	<p>W Holandii opieka instytucjonalna odgrywa znacznie większą rolę niż w przypadku innych krajów. Przez pewien czas podejmowano próby nakłonienia świadczeniobiorców do korzystania ze sformalizowanej opieki domowej zamiast opieki instytucjonalnej. Od 2009 roku wyróżniono dziesięć odrębnych produktów w obrębie opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi i przewlekle chorymi, określanymi jako pakiety intensywności opieki zwane ZZP. Każdy pakiet reprezentuje kombinację różnych opcji opieki uregulowanych w ustawie o specjalnych kosztach medycznych (AWBZ) obejmujących zasady opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi.</p>	<p>W ramach opieki instytucjonalnej niektóre koszty hotelowe (zakwaterowanie, żywność, sprzątanie itd.) są wliczone w finansowanie określone w ustawie AWBZ. Świadczeniobiorcy muszą jednak dokonywać dopłaty w zależności od wysokości dochodów (Mot, 2010, str. 7). Obowiązują dwa poziomy kosztowe współpłacenia: wysoki i niski. Niski podział kosztów jest istotny w pierwszych sześciu miesiącach przebywania w zakładzie i w wielu specyficznych sytuacjach, przykładowo gdy świadczeniobiorca ma małżonka, który nie wymaga opieki. W przypadku niskiego współpłacenia świadczeniobiorca musi zapłacić 12,5% przychodu wynoszącego co najmniej 131,20 euro i maksymalnie 741,20 euro na miesiąc. W przypadku wysokiego podziału kosztów maksymalna wysokość podziału</p>	<p>Dla każdego pakietu obowiązuje stała taryfa. Stawek nie można w związku z tym negocjować. Taryfy są wyliczane za dzień opieki i w przypadku opieki stacjonarnej wynoszą od 56,44 euro (239,28 PLN*) za pakiet ZZP1 z wyłączeniem leczenia</p>



Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	Przykładowo dla osób starszych pakiety są zróżnicowane od „zakwaterowania z niewielką pomocą” (ZZP1) do „zakwaterowania z bardzo intensywną pomocą ze względu na specyficzne zaburzenia, z naciskiem na opiekę i pielęgnację” (ZZP8) (Mot, 2010, str. 7).	kosztów wynosi 1838,60 euro miesięcznie. Jeśli wartość ta jest zbyt wysoka w porównaniu do przychodu, świadczenioborca płaci 8,5% przychodu (w 2009 roku redukcja do 8 lub 16%). Redukcję wprowadzono jako część nowych regulacji mających na celu wsparcie osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Pacjent musi dysponować kwotą co najmniej 276,74 euro miesięcznie, którą może dowolnie wydać na ubrania i inne potrzeby (kieszonkowe). W przypadku pary wartość ta wynosi 430 euro miesięcznie. Przykładowo, osoba powyżej 65 roku życia żyjąca samotnie w ośrodku opieki długoterminowej, o przychodzie po opodatkowaniu wynoszącym 30 000 euro, musi wносить opłatę około 1500 euro (6359,25 PLN)* miesięcznie. Kwota zawiera ośmioprocentową obniżkę. Para w tej samej sytuacji opłaci opiekę za około 1350 euro (5723,32 PLN*) (Mot, 2010, strony 14-15).  *Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 EUR= 4,2395 PLN	do 216,92 euro (919,63 PLN*) za pakiet ZZP8 włączając leczenie (dane na 2010 rok). Zasadniczo instytucja otrzymuje tę kwotę za dzień, gdy świadczenioborca wybierze tę instytucję natomiast traci kwotę, gdy pacjent przenosi się do innej placówki. W ten sposób uzyskuje się zachętę do przykładania większej uwagi do potrzeb pacjentów (Mot, 2010, str. 16).  *Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 EUR= 4,2395 PLN
<b>Irlandia</b>	W Irlandii opieka długoterminowa jest realizowana w następujących placówkach: <ul style="list-style-type: none"> <li>• publicznych domach i szpitalach geriatrycznych, domach opieki społecznych, szpitalach okręgowych i gminnych,</li> <li>• domach i szpitalach geriatrycznych prowadzonych przez organizacje pozarządowe,</li> <li>• prywatne zakłady pielęgnacyjne (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 15).</li> </ul>	Opieka stacjonarna jest bezpłatna przez 30 dni, a następnie następuje współpłacenie w zależności od wysokości dochodów. Osoby przewlekle chore są uprawnione do otrzymywania bezpłatnych leków i urządzeń medycznych w ramach Programu Chorób Przewlekłych (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 15).	
<b>Islandia</b>	Na Islandii opieka długoterminowa jest świadczona w stacjonarnych zakładach pielęgnacyjnych, a także domach dziennego pobytu. Ponadto pacjenci mogą skorzystać z pielęgniarstwa opieki domowej (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 15).	Na Islandii pielęgniarstwo opieki domowej jest nieodpłatne. Pobyt w domach dziennego pobytu w i w zakładach pielęgnacyjnych jest natomiast odpłatny, a wysokość opłaty jest zróżnicowana w zależności od wysokości dochodów pacjenta (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010, str. 15).	
<b>Kanada</b>	W Kanadzie opieka długoterminowa świadczona jest w następujących formach, które mogą różnić się w zależności od prowincji:	Prowincje i terytoria różnią się pod względem finansowania stacjonarnej opieki długoterminowej ze środków publicznych. Chociaż opieka jest finansowana przez państwo, wszystkie prowincje i terytoria z wyłączeniem	<u>Stawka uzależniona od dochodu (Manitoba)</u>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	<p>➤ opieka społeczna (zapewnia pomoc osobom starszym, które nie są niezależne, a jednocześnie nie wymagają opieki stacjonarnej; ten rodzaj opieki opiera się na małych grupach, obejmujących maksymalnie trzy osoby, odbywa się w środowisku przypominającym domowe, a profesjonalni opiekunowie zapewniają opiekę przez całą dobę; opieka obejmuje pomoc w codziennych czynnościach, przygotowywanie posiłków, kąpiel, administrację lekami),</p> <p>➤ dom opieki (zapewnia opiekę na umiarkowanym poziomie osobom, które wymagają całodobowej opieki w placówce; obejmuje pomoc w codziennych czynnościach, przygotowywanie posiłków, kąpiel, administrację lekami)</p> <p>➤ dom opieki dla osób starszych (przeznaczony dla osób wymagających opieki na wysokim poziomie).</p> <p>W Kanadzie stacjonarna opieka długoterminowa jest świadczona w następujących ośrodkach prowadzonych przez:</p> <p>➤ osoby prywatne lub firmy w celu osiągnięcia zysku,</p> <p>➤ podmioty religijne (placówki prowadzone przez organizacje religijne, celem nie jest osiągnięcie zysku),</p> <p>➤ organizacje charytatywne (prowadzone przez wolontariuszy, organizacje pozarządowe, niepowiązane z organizacjami religijnymi, nieukierunkowane na osiągnięcie zysku),</p> <p>➤ gminy (prowadzone przez gminy, celem nie jest osiągnięcie zysku),</p> <p>➤ regiony (prowadzone przez lokalne organy zajmujące się ochroną zdrowia),</p> <p>➤ prowincje/terytoria,</p> <p>➤ rząd federalny (placówki należące do danego departamentu rządu federalnego), (Banerjee, 2007).</p>	<p>Nunavut wymagają wkładu pieniężnego pacjentów na pokrycie tak zwanych kosztów hotelowych.</p> <p>W Kanadzie w zależności od prowincji i terytorium stosowane są różne metody ustalenia stawki za pobyt w placówce opieki długoterminowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• opłata stała ustalana na podstawie przychodów z emerytur (np. w prowincji Alberta),</li> <li>• opłata uzależniona od dochodów (np. w prowincji Manitoba),</li> <li>• opłata uzależniona od dochodów i posiadanego majątku (np. w prowincji Nowa Szkocja) (Stadnyk, 2009, str. 134).</li> </ul> <p>W niektórych prowincjach takich jak Nowa Szkocja Departament Zdrowia co roku ustala stawkę za pobyt w placówce opieki długoterminowej. Stawki są oparte na średnich kosztach operacyjnych.</p> <p>Rząd opłaca koszty opieki zdrowotnej (pielęgnacja, opieka pracownika socjalnego, fizjoterapia, terapia zajęciowa). Rząd opłaca również transport na dializy i transport między placówkami (Long Term Care in Nova Scotia, 2017).</p> <p>Ustalanie stawki dopłaty różni się w obrębie poszczególnych prowincji pod względem kryterium przychodu i majątku. Niektóre prowincje biorą pod uwagę przychód brutto (np. Saskatchewan, Alberta, Quebec), inne uwzględniają przychód netto (np. Wyspa Księcia Edwarda), a także przychód po opodatkowaniu (np. Ontario, Nowa Szkocja) (MacDonald, 2015, str. 92).</p>	<p>Stawka za pobyt w placówce jest uzależniona od dochodów i waha się od 34,90 do 81,60 dolarów (od 104,59 do 244,54 PLN*) za dzień (dotyczy kosztów hotelowych).</p> <p>W przypadku osób niedysponujących wystarczającymi dochodami stawka może zostać obniżona. W ustalaniu stawki należy wziąć pod uwagę konieczność pozostawienia pacjentowi do dyspozycji 314 dolarów (941 PLN*) miesięcznie (Nursing Home Ratings, 2017).</p> <p><u>Stawka uzależniona od dochodu i majątku (Nowa Szkocja)</u></p> <p>Stawka za dzień (zakwaterowanie i wyżywienie) wynosi 110 dolarów (329,66 PLN*). Pacjenci muszą dodatkowo ponieść koszty ubrań, okularów, aparatów słuchowych, usług stomatologicznych, transportu i innych nieświadczonych przez placówkę (Long Term Care in Nova Scotia, 2017).</p>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
			<p><u>Stała stawka</u> W Yukon i Terytoriach Północno-Zachodnich stawki stałe wynoszą odpowiednio 24,82 dolarów 35 (74,38 i 104,89 PLN*) za dzień.</p> <p>Na przestrzeni wszystkich kanadyjskich prowincji wartość dopłaty dla pacjenta waha się od 27,72 do 107 dolarów (82,07 do 320,67 PLN*). (MacDonald, 2015).</p> <p><i>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 CAD= 2,9969 PLN</i></p>
Niemcy	<p>W Niemczech ubezpieczenie obejmujące opiekę długoterminową dotyczy trzech rodzajów świadczeń, w zależności od potrzeby i stanu pacjenta: świadczenia pieniężnego, opieki domowej i opieki instytucjonalnej. Świadczenia rzeczowe są denominowane i pokrywają standardowo niespełną połowę opłat (Costa-Font i Courbage, 2012).</p> <p>Świadczeniobiorcy mogą wybrać jeden rodzaj świadczenia lub kombinację dwóch rodzajów świadczeń.</p> <p>Od 2013 roku ustawowo określono cztery stopnie niepełnosprawności, do których dopasowywane są konieczne świadczenia opieki długoterminowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ poziom 0: osoby, które ze względu na demencję lub niepełnosprawność psychiczną czy zaburzenia psychologiczne mają w znacznym stopniu ograniczoną możliwość wykonywania codziennych</li> </ul>	<p>Finansowanie opieki długoterminowej umożliwia obowiązkowe ubezpieczenie. Opieka długoterminowa jest finansowana z podatku od wynagrodzenia wynoszącego 2,05% (dane na styczeń 2013 r.). Podatek jest dzielony po równo między pracownika i pracodawcę. Osoby nieposiadające dzieci dopłacają dodatkową składkę (0,25%), a emeryci opłacają składkę proporcjonalnie do możliwości finansowych. Finansowanie odbywa się na poziomie gmin (Bocquaire, 2016, str. 12).</p>	<p>Współpłatność stanowi około 50% całości kosztów pobytu w placówce.</p>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	<p>czynności; bez pomocy niezbędnej osobie opisanej w poziomie 1;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ poziom I: osoby potrzebujące opieki co najmniej raz dziennie w celu fizycznej pielęgnacji, karmienia, poruszania się;</li> <li>➤ poziom II: osoby o znacznym stopniu zależności, potrzebujące pomocy co najmniej 3 razy dziennie w podstawowych czynnościach pielęgnacyjnych i o różnych porach dnia;</li> <li>➤ poziom III: osoby całkowicie zależne, wymagające ciągłej opieki (24/7) (Bocquaire, 2016, str. 12).</li> </ul> <p>W Niemczech członkowie rodziny ubezpieczonego sprawujący nad nim opiekę mają prawo do bezpłatnych kursów w zakresie opieki i są objęci ubezpieczeniem wypadkowym, rentowym i emerytalnym (Kędziora-Kornatowska, Muszałik i Skolmowska, 2010, str. 16).</p>		
Skandynawia	<p>W krajach skandynawskich, tj. w Danii, Norwegii i Szwecji system opieki długoterminowej opiera się na następujących filarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• system ustawowo zapewnia opiekę długoterminową każdemu obywatelowi w potrzebie, bez względu na jego status socjoekonomiczny i geograficzny,</li> <li>• sektor opieki długoterminowej jest w dużej mierze finansowany z powszechnych podatków,</li> <li>• odpowiedzialność za świadczenie i finansowanie świadczeń z zakresu opieki długoterminowej jest zdecentralizowana i spoczywa na lokalnych władzach (Karlsson, Iversen i Oien, 2012, str. 254).</li> </ul>	<p>W Skandynawii jedynie nieznaczny odsetek wydatków na opiekę długoterminową pochodzi ze środków świadczeniobiorców. W 2007 roku wartość ta wynosiła 3,7%. Mimo to opłaty za opiekę długoterminową dla wielu osób starszych stanowią znaczną część przychodu.</p> <p>W Szwecji stawki ustalane są na poziomie lokalnym, jednak ustawowo określono, że stawka opłacana przez pacjenta nie może przekraczać określonej kwoty za opiekę i koszty hotelowe. Kwota ta jest uzależniona od indeksu cen.</p> <p>W Norwegii stawki ustalane są na podobnej zasadzie. Ponadto na koszt wpływa długość pobytu w ośrodku, a także wysokość dochodu świadczeniobiorcy. Świadczeniobiorca opłaca koszty hotelowe i koszty medyczne (leki i opiekę lekarską). Współpłatność nie jest uzależniona od poziomu świadczeń uzyskanych przez poszczególnych świadczeniobiorców (Karlsson, Iversen i Oien, 2012, str. 271).</p>	<p><b>Szwecja</b></p> <p>Według danych na 2012 rok stawka za opiekę stanowiła równowartość 173 euro (733,43 PLN*) miesięcznie, a koszty hotelowe nie mogły kosztować więcej niż 180 euro (763,11 PLN*) miesięcznie. Dodatkowo świadczeniobiorcy przysługuje dodatek stanowiący równowartość 488 euro (2068,88 PLN*) dla osób samotnych (Karlsson, Iversen i Oien, 2012, str. 271).</p> <p><b>Norwegia</b></p>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
			<p>W 2010 roku stała stawka za dobę wynosiła 15,8 euro (66,98 PLN*). Zgodnie z ogólną zasadą lokalne władze mogą pobierać od świadczeniobiorców opłatę stanowiącą do 80% dochodów (świadczeniobiorca musi dysponować minimalną kwotą na własne potrzeby).</p> <p>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 EUR= 4,2395 PLN</p>
<b>Szwajcaria</b>	<p>Opieka długoterminowa w Szwajcarii cechuje się decentralizacją (26 kantonów, a w niektórych kantonach odpowiedzialność za opiekę długoterminową spoczywa na gminach). Decentralizacja skutkuje zróżnicowaniem opieki długoterminowej pod względem stopnia wykorzystania i struktury finansowania. Ponadto wkład prywatny jest jednym z najwyższych wśród krajów OECD.</p> <p>Główni płatnicy usług opieki długoterminowej to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• obowiązkowe ubezpieczenie społeczne opłacane przez wszystkich mieszkańców, jego wysokość określana jest na szczeblu lokalnym</li> <li>• płatności prywatne, potrącenia, współpłatność,</li> <li>• konfederacja, kantony i gminy poprzez bezpośrednie dofinansowanie świadczeniodawców, dopłaty dla osób o niskich dochodach (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 279).</li> </ul> <p>Poniższa tabela przedstawia rozkład kosztów ponoszonych przez poszczególnych płatników za opiekę długoterminową stacjonarną w 2008 roku.</p>	<p>Podobnie jak inne kraje OECD w Szwajcarii również funkcjonuje mieszane finansowanie opieki długoterminowej obejmujące finansowanie publiczne i prywatne.</p> <p>W 2008 roku łączne wydatki na stacjonarną opiekę długoterminową w Szwajcarii wyniosły 7,6 mld CHF, co stanowiło 85,5% całkowitych wydatków na opiekę długoterminową w Szwajcarii. Liczba pacjentów objętych długoterminową opieką stacjonarną wzrosła z 74 000 w 1997 roku do 134 400 w 2008 roku. W przypadku 10% osób powyżej 65 roku życia oczekiwany czas długoterminowej opieki stacjonarnej przekraczał 12 miesięcy w 2008 roku. Odsetek ten był wyższy w przypadku osób powyżej 80 roku życia i wynosił 28,1% (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 281). Poniższa rycina przedstawia wydatki na opiekę długoterminową (domową i stacjonarną) w Szwajcarii w latach 1997-2008 .</p>	<p>W 2008 roku średni koszt pobytu pacjenta w zakładzie opiekuńczym wyniósł 246 CHF (977,21 PLN*) za dzień (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 281).</p>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej																								
	<p><b>Tabela 25 Rozkład kosztów ponoszonych przez poszczególnych płatników za opiekę długoterminową stacjonarną w 2008 roku w Szwajcarii</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Płatnik</th><th>Wartość (CHF)</th><th>Wartość (PLN)</th><th>Udział procentowy</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Spółeczne ubezpieczenie zdrowotne</td><td>1808</td><td>7182</td><td>23,8</td></tr> <tr> <td>Finansowanie przez pacjentów</td><td>3106</td><td>12338</td><td>41,0</td></tr> <tr> <td>Dopłaty publiczne dla pacjentów dla świadczeniodawców</td><td>2395 1888 507</td><td>9514 7500 2014</td><td>31,6 24,9 6,7</td></tr> <tr> <td>Inne</td><td>274</td><td>1088</td><td>3,6</td></tr> <tr> <td>Koszt całkowity</td><td>7583</td><td>30123</td><td>100</td></tr> </tbody> </table> <p>Zakres opieki długoterminowej stacjonarnej finansowanej w ramach ubezpieczenia jest określany na poziomie federalnym. Świadczenia opieki długoterminowej obejmują następujące kategorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ocena potrzeb związanych z opieką i udzielenie porad pacjentom i ich krewnym,</li> <li>➤ opieka medyczna obejmująca rozpoznanie i leczenie,</li> <li>➤ podstawowa opieka, pomoc w codziennych czynnościach (jedzenie, ubieranie się, przemieszczanie się, kąpiel, korzystanie z toalety).</li> </ul> <p>W przypadku osób całkowicie zależnych nie określono limitu czasu świadczenia usług opieki długoterminowej stacjonarnej (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 285).</p> <p>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 CHF= 3,9724 PLN</p>	Płatnik	Wartość (CHF)	Wartość (PLN)	Udział procentowy	Spółeczne ubezpieczenie zdrowotne	1808	7182	23,8	Finansowanie przez pacjentów	3106	12338	41,0	Dopłaty publiczne dla pacjentów dla świadczeniodawców	2395 1888 507	9514 7500 2014	31,6 24,9 6,7	Inne	274	1088	3,6	Koszt całkowity	7583	30123	100	<p><b>Rycina 14. Wydatki na opiekę długoterminową (domową i stacjonarną) w Szwajcarii w latach 1997-2008 (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 283)</b></p>	
Płatnik	Wartość (CHF)	Wartość (PLN)	Udział procentowy																								
Spółeczne ubezpieczenie zdrowotne	1808	7182	23,8																								
Finansowanie przez pacjentów	3106	12338	41,0																								
Dopłaty publiczne dla pacjentów dla świadczeniodawców	2395 1888 507	9514 7500 2014	31,6 24,9 6,7																								
Inne	274	1088	3,6																								
Koszt całkowity	7583	30123	100																								
<b>Wielka Brytania</b>	<p>W Wielkiej Brytanii ustawowo określono rozgraniczenie między opieką zdrowotną, za którą odpowiedzialność ponosi National Health Service i opieką długoterminową, będącą częścią systemu opieki społecznej, za którą odpowiadają lokalne władze (Bocquaire, 2016, str. 13).</p>	<p>Świadczenia opieki długoterminowej są finansowane przez <i>National Health Service</i>, lokalne władze, organizacje charytatywne, a także świadczeniobiorców (Karlsson, Iversen i Oien, 2012, str. 153).</p>	<p>W przypadku osób, których dostępne środki finansowe przekraczają 26 500 funtów (dane na 2013 r.) koszt pobytu</p>																								

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	System opieki długoterminowej opiera się w znacznej mierze na świadczeniach nieformalnych, a także niepłatnych, wykonywanych przez rodzinę, przyjaciół czy sąsiadów. Świadczenia formalne są natomiast wykonywane przez różnego rodzaju agencje, które działają w ramach samorządu terytorialnego, domy opieki, placówki opiekuńcze, placówki świadczące opiekę w trybie dziennym, ośrodki opiekuńcze działające w trybie odpłatnym i non profit (Comas-Herrera, Wittenberg i Pickard, 2012, str. 152).		w zakładzie opieki długoterminowej jest w pełni pokrywany przez pacjenta. W przypadku osób o niższych dostępnych środkach, wartość dopłaty ze środków publicznych stanowi różnicę między przychodem i kosztem opieki w placówce, plus 1 funt współpłaty za każde 250 funtów dostępnych środków (Bocquaire, 2016, str. 13).
<b>Włochy</b>	<p>Ze środków publicznych opieka nad osobami starszymi finansowana jest w dwóch podstawowych formach: pomoc domowa i opieka domowa. Gminy zapewniają pomoc domową, która obejmuje wsparcie w pracach domowych, a także kąpaniu, korzystaniu z toalety, jedzeniu, praniu, dotrzymywaniu towarzystwa itd. Ten rodzaj pomocy umożliwia osobom niesamodzielnym utrzymanie swoich nawyków w domowym środowisku. We Włoszech świadczona jest również opieka instytucjonalna. Odpowiadają za nią ośrodki o zróżnicowanych profilach określanych na poziomie regionów. Podopieczni korzystający z tego świadczenia to około 3% osób starszych (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 176).</p> <p>W ramach opieki instytucjonalnej pacjenci mogą skorzystać z trzech rodzajów opieki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Residenze assistenziali</i> (zapewnia głównie zakwaterowanie dla osób samowystarczalnych, w tego rodzaju ośrodkach przebywa 28% osób starszych),</li> <li>• <i>Residenze protette</i> (ośrodki zapewniają zakwaterowanie ze szczególnym naciskiem na opiekę zdrowotną; tego rodzaju placówki są ukierunkowane na pomoc pacjentom w odzyskaniu sprawności psycho-fizycznej, w tego typu ośrodkach przebywa około 36% osób).</li> </ul>	<p>Najważniejszą częścią wkładu publicznego pod względem wydatków na opiekę nad osobami starszymi stanowi narodowy schemat nazywany <i>indennità di accompagnamento</i> (dopłata za pomoc opiekuna). To świadczenie dotyczy osób o ciężkim stopniu niepełnosprawności (tj. niebędących w stanie chodzić bez ciągłej pomocy osoby towarzyszącej oraz wykonywać codziennych czynności bez pomocy i nie znajdujących się w zakładach opieki instytucjonalnej), bez względu na wiek, bez względu na możliwości finansowe osoby wymagającej opieki. Dopłata wynosi do 480 euro miesięcznie. Ocena, na co w rzeczywistości wydawane jest świadczenie nie podlega kontroli. Dopłata jest finansowana przez państwo, a kryteria przyznawania świadczenia są takie same na terenie całego kraju. Dopłatę otrzymuje 9,5% osób starszych (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 176).</p> <p>Oprócz świadczeń pieniężnych we Włoszech funkcjonuje długoterminowa opieka domowa i instytucjonalna dla osób niepełnosprawnych i osób starszych. Ponadto opieka finansowana jest w trybie ambulatoryjnym i dziennym, a także obejmuje świadczenia psychiatryczne i świadczenia dla osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu (Tedioli i Gabriele, 2010, str. 3).</p> <p>Według szacunków prawie połowa kosztów opieki instytucjonalnej ponoszona jest przez pacjentów. Całkowite wydatki ponoszone na opiekę instytucjonalną oszacowano w 2004 roku na 6,27 mld euro, z czego 43,6% zostało pokrytych przez SSN (włoski odpowiednik NFZ), 9,4% przez gminy, a 47,1% przez pacjentów. W związku z powyższym prywatne wydatki na</p>	<p>W 2004 roku średnia wartość opieki przypadającej miesięcznie na jednego pacjenta wynosiła 2 260 euro (9581,27 PLN*) i mieściła się w zakresie od 1 528 euro (6478 PLN*) dla opieki instytucjonalnej do 2 454 euro (10404 PLN*) i 2 702 euro (11455 PLN*) dla dwóch rodzajów domów opieki obecnych we Włoszech. Świadczeniobiorcy ponoszą opłatę 1 065 euro (4515 PLN*) miesięcznie (wartość ta waha się od 929 do 1194 euro [od 3938 do 5062 PLN*], w zależności od rodzaju instytucji), co</p>

Kraj	System opieki długoterminowej	Finansowanie ośrodków opieki długoterminowej	Koszty opieki długoterminowej
	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Residenze sanitarie assistenziali</i> (domy opieki, które zapewniają również opiekę medyczną osobom, które nie są samowystarczalne; w tego rodzaju ośrodkach przebywa 36% osób).</li> </ul> <p>Całkowita liczba łóżek w 2005 roku wynosiła 265 326. Liczba osób starszych korzystających z opieki instytucjonalnej jest wciąż stosunkowo niska w porównaniu do standardów międzynarodowych i wynosi około 19,8 na 1000 mieszkańców w wieku 65 lat i więcej. We Włoszech można zaobserwować znaczne zróżnicowanie ze względu na podział na regiony (wartość ta może wahać się od 4 do 49 osób na 1000 w zależności od regionu) (Tediosi i Gabriele, 2010, strony 10-11).</p>	<p>opiekę instytucjonalną wyniosły w 2004 roku około 2,95 mld euro. Ponadto, 56,7% osób starszych przebywających w ośrodkach ponosiło całkowity koszt, 35,5% płaciło tylko część kosztów, a 8% nie płaciło w ogóle ze względu na trudną sytuację finansową.</p> <p>Wydatki na opiekę instytucjonalną stanowią 27% całkowitych wydatków przeznaczanych na opiekę długoterminową (Tediosi i Gabriele, 2010, str. 7).</p>	<p>stanowi około 47,1% całkowitych kosztów (zakres od 60,8% do 39,6% w zależności od typu instytucji), (Tediosi i Gabriele, 2010, str. 7).</p> <p>*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 EUR= 4,2395 PLN</p>



**Opieka długoterminowa dla weteranów****USA**

W Stanach Zjednoczonych weterani stanowią odrębną grupę pacjentów objętych opieką długoterminową. Zgodnie z prawem opieką długoterminową instytucjonalną objęci są:

- weterani wymagający takiej opieki w związku z niepełnosprawnością nabytą w związku z pełnioną służbą lub
- weterani wymagający takiej opieki, którzy nabyli niepełnosprawność na poziomie 70% w związku z pełnioną służbą lub
- weterani, którzy nabyli niepełnosprawność na poziomie 60% lub więcej w związku z pełnioną służbą i nie są zdolni do pracy lub
- weterani, którzy nabyli niepełnosprawność na poziomie 60% lub więcej w związku z pełnioną służbą i są całkowicie niepełnosprawni.

Weterani mogą przebywać w ośrodkach o różnych profilach, między innymi w placówkach świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną (Colello, 2016, str. 19).

Poniższa tabela przedstawia koszty opieki instytucjonalnej dla weteranów w USA. Całkowite koszty opieki medycznej i koszty za dzień pobytu w placówce opiekuńczej wskazane poniżej obejmują jedynie część opłacaną przez Departament Spraw Weteranów (VA). Zarówno poszczególne stany, jak i weterani dzielą koszty opieki stacjonarnej. W przypadku pobytów krótkoterminowych pacjenci wymagają w szczególności rehabilitacji i opieki szpitalnej, co często generuje większe koszty niż pobyt długoterminowy. W ośrodkach CLC weterani są objęci programami leczenia zaburzeń psychicznych, demencji i urazów kręgosłupa. Koszty w ośrodkach CLC obejmują bezpośrednie i pośrednie koszty takie jak opieka lekarska i innej wyspecjalizowanej kadry medycznej. Tego rodzaju koszty nie zostały uwzględnione w kosztach za dzień w przypadku placówek CNH i państwowych domów opieki.

**Tabela 26 Koszty opieki instytucjonalnej dla weteranów w USA (Department of Human Services, 2017, str. 23)**

Typ placówki	Całkowite koszty opieki medycznej (USD)	Całkowite koszty opieki medycznej (PLN*)	Średnia liczba pacjentów (average daily census)	Pobyt krótkoterminowy (max. 90 dni)			Pobyt długoterminowy (więcej niż 90 dni)		
				Średnia liczba pacjentów w ciągu dnia (average daily census)	Koszty za dzień (USD)	Koszty za dzień (PLN*)	Średnia liczba pacjentów w ciągu dnia (average daily census)	Koszty za dzień (USD)	Koszty za dzień (PLN*)
<b>Community Living Centers – CLC (obejmuje rehabilitację, pielęgnację i opiekę hospicyjną)</b>	3 377 088	13 478 296	9 226	2,371 (26%)	1184,01	4725,5	6,855 (74%)	940,19	3752,39
<b>Państwowe domy opieki</b>	1 049 756	4 189 681	20 328	755 (4%)	145,42	580,38	19,573 (96%)	141,33	564,06

Typ placówki	Całkowite koszty opieki medycznej (USD)	Całkowite koszty opieki medycznej (PLN*)	Średnia liczba pacjentów (average daily census)	Pobyt krótkoterminowy (max. 90 dni)			Pobyt długoterminowy (więcej niż 90 dni)		
				Średnia liczba pacjentów w ciągu dnia (average daily census)	Koszty za dzień (USD)	Koszty za dzień (PLN*)	Średnia liczba pacjentów w ciągu dnia (average daily census)	Koszty za dzień (USD)	Koszty za dzień (PLN*)
<b>Community Nursing Homes (CNHs)</b>	861 464	3 438 189	8 311	1,599 (19%)	309,77	1236,32	6,712 (81%)	277,84	1108,89
<b>Ogółem</b>	5 288 308	21 106 166	37 865	4,725 (12%)			33,140 (88%)		

\*Wg kursu NBP z dnia 14.04.2017 r. 1 USD= 3,9911 PLN

### Podsumowanie

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństw większość krajów wypracowała własne rozwiązania systemowe oraz sposoby finansowania opieki długoterminowej. Poziom finansowania opieki długoterminowej jest zróżnicowany w zależności od wielu czynników. Na sposób finansowania może składać się ubezpieczenie społeczne, system oparty na podatkach, a także ubezpieczenie prywatne. W większości krajów europejskich pacjenci uiszczają dopłaty, które stanowią określony odsetek dochodu. W niektórych krajach takich jak Belgia czy Francja dopłaty obejmują pokrycie kosztów zakwaterowania i żywienia, a także określonych rodzajów opieki.

Stawka uzależniona od dochodu obowiązuje w Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Islandii, Kanadzie, a także Wielkiej Brytanii. Jej wysokość waha się od 8,5% w Holandii do 90% na Łotwie.

W części krajów wysokość opłaty za zakwaterowanie jest wynegocjowana pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą w granicach maksymalnych ustalonych przez rząd. Dodatkowe opłaty za usługi mogą być negocjowane ze świadczeniobiorcą i pobierane przez świadczeniodawcę.

W niektórych krajach takich jak Austria obowiązuje całkowita płatność świadczeniobiorcy. Publiczne finansowanie jest wymagane tylko wtedy, gdy świadczeniobiorca nie jest w stanie pokryć opłaty. Wówczas opieka społeczna występuje jako pożyczkodawca.

W Holandii natomiast wysokość opłat zależy od czasu pobytu w placówce opieki długoterminowej. Obowiązują dwa poziomy kosztowe współpłacenia: wysoki i niski. Niski podział kosztów obowiązuje w pierwszych sześciu miesiącach przebywania w zakładzie i w wielu specyficznych sytuacjach, przykładowo gdy świadczeniobiorca ma małżonka, który nie wymaga opieki. Długość opieki warunkuje również koszty opieki długoterminowej w Irlandii, w której opieka stacjonarna jest bezpłatna przez 30 dni, a następnie następuje współpłacenie w zależności od wysokości dochodów. Aspekt ten ma znaczenie również w przypadku rozliczania pobytu w placówce opieki długoterminowej w Norwegii.

We Francji koszt opieki długoterminowej jest natomiast uwarunkowany przez stopień zależności pacjenta, który generuje większą potrzebę opieki.

W krajach takich jak Holandia osoby objęte opieką długoterminową muszą dysponować określoną odgórnie kwotą, którą mogą dowolnie wydać na ubrania i inne potrzeby (kieszonkowe).

W niektórych krajach takich jak Kanada sposób finansowania opieki długoterminowej różni się w zależności od regionu. W Kanadzie w niektórych prowincjach stawka jest uzależniona od dochodu,

a w innych obowiązuje stała stawka. Koszty opieki długoterminowej są ustalane na poziomie lokalnym również w Szwecji.

Należy nadmienić, iż stała stawka określona ogólnie obowiązuje jedynie w niektórych prowincjach w Kanadzie, a także w Holandii w odniesieniu do poszczególnych pakietów opieki.

## 2.5.Cenniki komercyjne

W celach porównawczych, a także w ramach analizy popytu i podaży, dokonano badania cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom.

Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano za pomocą przeglądarki internetowej. W przypadku części podmiotów cenniki były dostępne bezpośrednio na stronach internetowych z adnotacją, że „Podane ceny usług medycznych są publikowane tylko w celach informacyjnych i nie stanowią oferty handlowej wg art. 66 § 1 Kodeksu Cywilnego (co oznacza, że jest to jedynie zaproszenie do zawarcia umowy wg art. 71 KC). Podane ceny mogą ulec zmianie. Zastrzegamy sobie prawo do zmian”.

Przeanalizowano informacje od 30 świadczeniodawców, którzy udostępnili cenniki na swojej stronie internetowej, z czego 24 świadczeniodawców stanowiły zakłady opiekuńczo-lecznicze, a 6 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Świadczeniodawcy wskazywali cenę za dobę pobytu w zakładzie. Ponadto pozyskane informacje zawierają ceny dodatkowych usług takich jak rehabilitacja, konsultacja i terapia psychologiczna czy terapia logopedyczna, które w warunkach komercyjnych opłacane są oddzielnie poza kosztem osobodnia. Łącznie pozyskano 30 cen osobodnia oraz 28 cen usług dodatkowych. Zakres cen osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz średnie ceny obliczone na podstawie dostępnych informacji zamieszczono w poniższej tabeli (szczegółowe informacje znajdują się w załączniku nr 1). Poszczególne ceny danego świadczenia znacznie różniły się w obrębie jednego świadczeniodawcy (zakres cen), a także pomiędzy świadczeniodawcami. Gdy w obrębie jednego świadczeniodawcy podano zakres cen, różnice między najniższą i najwyższą ceną wynikały z kilku przyczyn. Najczęściej wskazywano na stan pacjenta, a także na warunki zakwaterowania. Najwyższe ceny wskazywano w przypadku pacjentów w stanie ciężkim. Niektórzy świadczeniodawcy podawali ceny z lekami i pieluchomajtkami lub bez nich.

**Tabela 27 Cenniki komercyjne osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym (zakres, średnia)**

Świadczenie	Cena od (PLN)	Cena do (PLN)	Średnia (PLN)
Cena osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	50	220	109
Cena osobodnia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym	100	120	107

Część świadczeniodawców podawała, co jest wliczone w cenę świadczenia. Najczęściej cena obejmowała wyłącznie zakwaterowanie i wyżywienie. W przypadku usług dodatkowych wskazywano dokładnie czas trwania danej usługi.

Niektórzy świadczeniodawcy przedstawiali zakres cen (od ceny minimalnej do maksymalnej) za dobę pobytu w ZOL lub ZPO. W przypadku pacjentów w stanie ciężkim niektórzy świadczeniodawcy deklarowali jednak, że cena opieki ustalana jest indywidualnie w przypadku każdego pacjenta.

Ze względu na niewielką ilość dostępnych cen, odstąpiono od obliczenia 10 percentyla.

Odnalezione ceny osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wahały się w zakresie 50 PLN–220 PLN, natomiast ceny osobodnia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wahały się od 100 do 120 PLN.

### 3. Projekt taryfy

#### 3.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, Agencja przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.). Zasady postępowania Agencji zostały określone w *Zarządzeniu 51/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 maja 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane są umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz postępowania z tymi umowami.*

Postępowanie było prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców.

Postępowanie przebiegało w następujących etapach:

1. ogłoszenie o rozpoczęciu postępowania;
2. zebranie ankiet od świadczeniodawców;
3. wybór świadczeniodawców, z którymi Agencja zawrze umowy;
4. ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania oraz wyliczenie przez Agencję maksymalnego wynagrodzenia dla każdego z wyłonionych świadczeniodawców, który zadeklaruje zawarcie umowy o odpłatne przekazywanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
5. przygotowanie i zawarcie umów z wyłoniętymi w postępowaniu świadczeniodawcami.

Informacja o ogłoszeniu postępowania została wysłana na adresy mailowe podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne (zgodnie z listą z danymi teleadresowymi otrzymanymi z NFZ) oraz ukazała się na stronie internetowej Agencji. Ponadto informację o ogłoszeniu postępowania przesłano do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w celu zamieszczenia stosownych informacji na stronach internetowych instytucji oraz z prośbą o przekazanie komunikatu za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI).

Dane kosztowe dla świadczeń realizowanych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży (kody zakresów 14.5160.026.04, 14.5161.026.04) były zbierane za pomocą rocznych plików FK (dane kosztowe w zakresie informacji statystycznych, finansowo-księgowych oraz o zatrudnieniu). Zbierano dane za 2015 r.

Postępowanie dotyczące pozyskania danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń ogłaszano dwukrotnie:

- 9.02.2017 r. świadczenia realizowane w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży (kody zakresów 14.5160.026.04, 14.5161.026.04);

- 27.03.2017 r. świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym realizującym świadczenia dla pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych wirusem HIV w ramach kodu zakresu 14.5160.026.04, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży w ramach kodu zakresu 14.5161.026.04 (nie pozyskano danych w trakcie postępowania ogłoszonego w dniu 9.02.2017 r.).

Ze względu na fakt, że do udziału w pierwszym postępowaniu nie zgłosił się żaden świadczeniodawca, który udziela świadczeń pacjentom z HIV/AIDS, a także żaden podmiot sprawujący opiekę długoterminową nad dziećmi, zorganizowano spotkania z przedstawicielami tych świadczeniodawców, mające na celu zachęcić ich do wzięcia udziału w postępowaniu. Na spotkaniach tych omówiono również specyfikę opieki nad tymi dwoma grupami pacjentów, a także problemy w udzielaniu świadczeń, oraz propozycje rozwiązań systemowych. Zagadnienia te przedstawiono w podrozdziale 3.3. Opinie ekspertów.

Szczegóły postępowania przedstawia poniższa tabela (w postępowaniach wyłoniono świadczeniodawców, którzy w rankingu przeprowadzonym na podstawie ankiet uzyskali największą liczbę punktów).

**Tabela 28 Informacje dotyczące przeprowadzonych postępowań**

Data ogłoszenia postępowania	Liczba ankiet	Ankiety odrzucone	Liczba niewyłonionych	Liczba wyłonionych podmiotów	Liczba podpisanych umów
9.02.2017	89	4	5	80	69
27.03.2017	5	5	0	5	

Dane kosztowe przekazało 59 świadczeniodawców, natomiast do wyliczenia taryfy świadczeń w przedmiotowym zakresie wykorzystano dane od 57 świadczeniodawców. Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera załącznik nr 2.

### 3.2. Współpraca z ekspertami

Dodatkowo, zwrócono się do ekspertów klinicznych o przygotowanie parametrów do modelu jednostki optymalnej oraz przebiegów referencyjnych do poszczególnych świadczeń.

Optymalne wymagania dla ZOL/ZPO (określenie przeciętnego obłożenia, liczby personelu, a także niezbędnego sprzętu i infrastruktury) zostały przygotowane osobno dla ZOL/ZPO dla dorosłych (załącznik nr 3) i osobno dla ZOL/ZPO dla dzieci (załącznik nr 4). Ze względu na fakt, iż nie udało się zaangażować do współpracy ekspertów klinicznych posiadających doświadczenie w udzielaniu stacjonarnych świadczeń opieki długoterminowej dla dzieci do ukończenia 3 roku życia, opis założeń dla jednostki optymalnej ZOL/ZPO dla dzieci, odnosi się tylko do zakładów udzielających świadczeń dzieciom powyżej 3 roku życia. Ponieważ w Polsce działają tylko 2 ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS, liczba pacjentów objęta tymi świadczeniami jest niewielka w okresie roku, a zdaniem świadczeniodawców, nie ma potrzeby tworzenia nowych zakładów tego typu, gdyż te istniejące w pełni zaspokajają potrzeby zdrowotne tej grupy pacjentów, odstąpiono od wyliczenia kosztu dla tego typu placówek w oparciu o jednostkę optymalną. Wycena świadczeń w oparciu o koszty ponoszone przez jednostkę optymalną służy wyliczeniu kosztów stałych i zmiennych, w warunkach optymalnego

wykorzystania zasobów. Nie odzwierciedla jednak zróżnicowanego zaangażowania poszczególnych zasobów w opiekę nad pacjentami w określonym stanie klinicznym.

Decyzję o ustaleniu referencyjnych przebiegów świadczeń, mających na celu wykazanie różnic w opiece nad pacjentami, których pobyty w ZOL/ZPO są rozliczane za pomocą istniejących produktów rozliczeniowych podjęto z uwagi na to, że wiele podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych nie posiada elektronicznej dokumentacji pacjentów pozwalającej na zebranie szczegółowych danych. Konieczne bowiem było określenie czynników różnicujących poszczególne produkty rozliczeniowe, gdyż NFZ stosuje różne taryfy dla produktów dotyczących różnego stanu klinicznego pacjenta, a co za tym idzie, w zależności od różnych nakładów ponoszonych na opiekę nad tymi pacjentami. Ponieważ głównym czynnikiem różnicującym produkty rozliczeniowe jest sposób żywienia pacjentów, skoncentrowano się na przygotowaniu przebiegów referencyjnych dla świadczeń udzielanych następującym grupom pacjentów:

- osoby dorosłe z wynikiem 0–40 w skali Barthel (załączniki nr 5a, 5b),
- osoby dorosłe z wynikiem 0 w skali Barthel i  $\leq 8$  w skali GCS (załącznik nr 5a, 5c),
- dzieci (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 3 r.ż.) z wynikiem 0–40 w skali Barthel (załącznik nr 6a, 6b),
- dzieci (z wyłączeniem dzieci do ukończenia 3 r.ż.) z wynikiem 0 w skali Barthel i  $\leq 8$  w skali GCS (załącznik nr 6a, 6c).

Dodatkowo zwrócono się do ekspertów klinicznych z prośbą o przygotowanie przebiegu referencyjnego świadczenia dla pacjentów z HIV/AIDS, tak aby możliwe było ukazanie różnic w opiece nad pacjentami zakażonymi i niezakażonymi (załącznik nr 7).

Opis jednostki optymalnej, przebiegi referencyjne świadczeń udzielanych osobom dorosłym (osoby dorosłe z wynikiem 0–40 w skali Barthel oraz osoby dorosłe z wynikiem 0 w skali Barthel i  $\leq 8$  w skali GCS), a także standard opieki nad pacjentami z trudno gojącymi się ranami przygotowali eksperci kliniczni wskazani przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, posiadający najwyższe kompetencje w obszarze podlegającym wycenie. Jednocześnie Pani konsultant zgodziła się także uczestniczyć w procesie opracowywania przebiegów referencyjnych dla poszczególnych świadczeń. Ostatecznie grupa robocza ekspertów składała się z następujących osób:

- dr n. o zdrowiu Marioli Rybki;
- dr n. med. Iwona Markiewicz;
- mgr Grażyna Śmiarowska;
- mgr Edyta Skolmowska.

Przebieg referencyjny dotyczący zaangażowania personelu został oparty o wyniki badań uzyskanych przez dr Iwonę Markiewicz w latach 2007–2009, które powstały z analizy wyników badań chronometrażowych, klasyfikacji pacjentów oraz analizy dokumentacji medycznej. Badania przeprowadzono wśród 1 550 pacjentów i 44 pielęgniarek. Uzyskane wyniki dotyczą głównie czasu pracy jaki poświęcić powinna pielęgniarka na realizację zadań wynikających ze sprawowanej opieki, czyli standardowy czas pielęgnacji bezpośredniej wobec pacjentów przebywających w zakładach opieki długoterminowej. W pracy zastosowano następujące metody badawcze: metody mierzenia czasu pracy, metoda klasyfikacji pacjentów oraz metoda analizy dokumentacji. Użyto następujących technik badawczych: obserwacji ciągłej (fotografii dnia pracy), obserwacji migawkowej (techniki Tippetta) i chronometrażu. Podczas badań zastosowano wystandaryzowane i opisane

w światowym piśmiennictwie narzędzia dla potrzeb obserwacji ciągłej, obserwacji migawkowej i chronometrażu oraz zweryfikowane i poddane walidacji narzędzie RUG-III 53 wersja 5.20 polska. Podczas badań wykonano: 28 obserwacji ciągłych – fotografii dnia pracy; 1 851 obserwacji migawkowych (Tippetta), w tym 1 702 na dyżurach dziennych oraz 149 na dyżurach nocnych; 1 550 czynności klasyfikacyjnych. Ogółem zmierzono czas trwania 120 czynności.

Jednostka optymalna natomiast została opracowana na podstawie obowiązujących aktów prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych w opiece długoterminowej stacjonarnej, wymogach płatnika (NFZ) oraz na wieloletnim doświadczeniu, obserwacji chorych przez członków zespołu ekspertów, jak i na danych pozyskanych ze swoich jednostek macierzystych.

Opis jednostki optymalnej, a także przebiegi referencyjne świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży (dzieci powyżej 3 roku życia z wynikiem 0–40 w skali Barthel oraz osoby dzieci powyżej 3 r.ż. z wynikiem 0 w skali Barthel i  $\leq 8$  w skali GCS) przygotowali eksperci kliniczni posiadający doświadczenie w opiece nad tą grupą pacjentów:

- dr n. med. Iwona Markiewicz;



Przebieg referencyjny opieki nad pacjentami z HIV/AIDS, wskazujący na różnice w opiece w stosunku do osób niezakażonych, został przygotowany przez [redacted]

[redacted] Dzięki uprzejmości [redacted]  
[redacted], Agencja otrzymała receptariusz, a także opis opieki nad pacjentami [redacted]  
[redacted]

### 3.3. Uwagi ekspertów

#### *Opieka nad pacjentami zakażonymi HIV/chorującymi na AIDS*

W Polsce jest tylko dwóch świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki długoterminowej pacjentom zakażonym HIV/AIDS w formie ZOL. Od stycznia 2017 r. podmioty udzielające świadczeń pacjentom z HIV/AIDS mogą rozliczać się z płatnikiem nowym produktem rozliczeniowym ze współczynnikiem korygującym 1,5.

Z rozmów ze świadczeniodawcami wynika, że każdy z ośrodków jest zorganizowany w zupełnie inny sposób. W poniższej tabeli przedstawiono różnice między ośrodkami, które rzutują na organizację opieki i wynikające z niej koszty.

**Tabela 29 Specyfika zakładów opiekuńczo-leczniczych udzielających świadczeń opieki długoterminowej pacjentom zakażonym HIV/AIDS w Polsce (opracowanie własne)**

	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „Dom Ciepła” w Warszawie	Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie
<b>Organizacja placówki</b>	Ośrodek sprawuje opiekę tylko nad pacjentami zakażonymi HIV/AIDS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ośrodek sprawuje opiekę nad pacjentami zakażonymi HIV/AIDS, a także pacjentami którzy uzyskali ocenę w skali Barthel w zakresie 0–40, ale nie są zakażeni HIV.</li> <li>• Ośrodek posiada własny oddział rehabilitacji i ośrodek terapii uzależnień, a także poradnię stomatologiczną</li> </ul>



	<b>Zakład Opiekuńczo-Lecniczy Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „Dom Ciepła” w Warszawie</b>	<b>Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie</b>
<b>Profil pacjentów</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>byli narkomani,</li> <li>osoby bezdomne,</li> <li>osoby nienależące do powyższych grup, ale zakażone przez innych,</li> <li>wypisanie pacjenta wiąże się z dużym ryzykiem powrotu do bezdomności i niekontynuowaniem leczenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>osoby silnie uzależnione od środków psychoaktywnych (często czynni narkomani) oraz od nikotyny</li> <li>osoby z podwójnymi diagnozami,</li> <li>osoby z zaburzeniami psychicznymi wynikającymi z choroby podstawowej,</li> <li>po wypisie niewielu pacjentów chce dalej świadomie kontynuować terapię (osoby bezdomne, bez rodzin).</li> </ul>
<b>Problemy zdrowotne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cukrzyca insulinozależna,</li> <li>demencja, otępienie,</li> <li>schizofrenia,</li> <li>toksoplazmoza mózgu,</li> <li>dializy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>toksoplazmowa,</li> <li>kryptosporidioza,</li> <li>zapalenie płuc,</li> <li>cytomegalia,</li> <li>leukoencefalopatia,</li> <li>kandydoza,</li> <li>infekcje grzybicze</li> <li>zaburzenia psychiczne (ponad 90% pacjentów z AIDS przebywających w ośrodku): zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości, zaburzenia funkcji poznawczych, zespoły otępienne</li> </ul>
<b>Liczba pacjentów</b>	32 (stan na kwiecień 2017 r.)	ok. 60 (stan na marzec 2016 r.)
<b>Lokalizacja ośrodka</b>	Ośrodek jest zlokalizowany w Warszawie, w pobliżu innych placówek ochrony zdrowia, co umożliwia łatwy kontakt ze specjalistami i wykonywanie badań	Ośrodek zlokalizowany w Wandzinie (województwo pomorskie) w dużej odległości od innych placówek ochrony zdrowia, co wiąże się z koniecznością transportu pacjentów na konsultacje, badania itd. do oddalonych miast
<b>Specyficzne cechy ośrodka</b>	Ośrodek otrzymuje żywność z banku żywności (jej wartość w 2015 r. wyniosła ok. <span style="background-color: yellow;">          </span> ).	Ośrodek posiada własne gospodarstwo ekologiczne.
<b>Personel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>W ośrodku pracują głównie wolontariusze (w tym farmaceuci).</li> <li>Z placówką współpracują lekarze specjaliści z pobliskich szpitali.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ośrodek ma trudności z pozyskaniem pracowników (ze względu na lokalizację), z czego wynika konieczność zatrudniania personelu za wyższe stawki.</li> <li>W ośrodku pracują dawni pacjenci.</li> <li>W ośrodku pracują: lekarze, pielęgniarki, opiekunowie, salowi, fizjoterapeuci, terapeuta zajęciowy, terapeuta uzależnień, logopeda, psycholog, farmaceuta, kierowca, pracownik socjalny, pracownicy administracyjni, kucharze, palacze, pracownicy techniczni.</li> </ul>
<b>Rehabilitacja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ośrodek prowadzi rehabilitację ruchową polegającą na codziennych ćwiczeniach w sali rehabilitacyjnej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ośrodek prowadzi fizjoterapię i rehabilitację leczniczo-ruchową (krioterapia, laseroterapia, światłoterapia, hydroterapia, haloterapia, parapodium, kinezyterapia, masaże)</li> </ul>
<b>Problem odleżyn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do ośrodka przyjmowani są pacjenci z odleżynami; intensywna rehabilitacja sprawia jednak, że problem odleżyn jest zminimalizowany u pacjentów przebywających w ośrodku.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Do ośrodka pacjenci przyjmowani są z zaawansowanymi, rozległymi i zakażonymi odleżynami, które wymagają drogich opatrunków, specjalnego leczenia żywieniowego i dodatkowych badań.</li> <li>Odleżyny stanowią zagrożenie epidemiologiczne dla personelu i innych pacjentów, co czasami wymaga wielomiesięcznej izolacji, stosowania droższych procedur i wyższych standardów opieki.</li> </ul>
<b>Usługi stomatologiczne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utrudniony dostęp do usług stomatologicznych ze względu na</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ze względu na tryb życia osób HIV/AIDS prowadzony przed trafieniem do placówki pacjenci zmagają się z ogromnymi problemami</li> </ul>

	<b>Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Ośrodek Rehabilitacyjno-Readaptacyjny „Dom Ciepła” w Warszawie</b>	<b>Ośrodek Readaptacji Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” EKO „Szkoła Życia” w Wandzinie</b>
	stygmatyzację społeczną osób z HIV/AIDS. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zabiegi opłacane prywatnie.</li> </ul>	stomatologicznymi, które przez wiele lat nie były rozwiązywane. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ośrodek prowadzi poradnię stomatologiczną, w której wykonywane są zabiegi i konsultacje, w tym usługi protetyczne dla osób chorych na AIDS.</li> </ul>
<b>Działania zmierzające do podniesienia jakości życia pacjentów</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• współuczestniczenie pacjentów w codziennych pracach na rzecz ośrodka (przygotowywanie posiłków, porządkowanie pokoi),</li> <li>• organizowanie wyjazdów poza ośrodek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• muzykoterapia,</li> <li>• terapia zajęciowa,</li> <li>• organizowanie zajęć fotograficznych i florystycznych.</li> </ul>

W związku z charakterystyką pacjentów trafiających do obu ośrodków, świadczeniodawcy właściwie nie otrzymują od pacjentów dopłat na pokrycie kosztów zakwaterowania i wyżywienia. Pacjenci z HIV/AIDS to w dużej mierze osoby, które nie mają wypracowanych lat pracy, w związku z tym nie posiadają praw do żadnych świadczeń ZUS. Najczęściej utrzymują się z zasiłków stałych i pielęgnacyjnych.

Pacjenci w obu ośrodkach są dotknięci problemem wielochorobowości.

Mimo różnic pomiędzy ośrodkami, obaj świadczeniodawcy wskazali na kwestie systemowe w opiece nad chorymi z HIV/AIDS, które wymagają korekty. Świadczeniodawcy zwrócili uwagę na fakt, że skala Barthel nie jest właściwą skalą do oceny pacjentów z HIV/AIDS wymagających opieki długoterminowej. Przy konieczności utrzymania tego kryterium, wskazano, że wynik oceny, który stanowi podstawę do objęcia opieką, powinien zostać podwyższony do 60 punktów. Świadczeniodawcy podkreślali również, iż limit 40 punktów w skali Barthel warunkujący przyjęcie do oddziału wymaga uzyskania wartości „0” w przypadku większości ocenianych funkcji, w tym całkowitej niezdolności do spożywania posiłków, korzystania z toalety, mycia, chodzenia, siadania, ubierania się, a przede wszystkim – kontrolowania zwieraczy odbytu i pęcherza. W praktyce oznacza to że do oddziału mogą być przyjęci pacjenci z ciężkimi organicznymi uszkodzeniami ośrodkowego i/lub obwodowego układu nerwowego. Uszkodzenia takie często występują w przebiegu choroby AIDS, jednak są tylko częścią problemów zdrowotnych, które dotyczą tę grupę pacjentów. Skala nie ocenia natomiast np. zdolności pacjenta do przyjmowania leków, a parametr ten jest fundamentem skutecznej terapii antyretrowirusowej i leczenia zakażeń oportunistycznych.

Świadczeniodawcy zwrócili również uwagę na fakt, że nie mają możliwości rozliczania pacjentów, którzy w tym samym czasie są objęci programem metadonowym.

Pomimo istnienia w Polsce tylko dwóch zakładów opiekuńczo-leczniczych obejmujących opieką pacjentów z HIV/AIDS, świadczeniodawcy zwrócili uwagę na fakt, iż nie ma potrzeby tworzenia kolejnych ośrodków ukierunkowanych na taką grupę pacjentów. Wprawdzie nie można stwierdzić, że populacja pacjentów z HIV/AIDS w opiece długoterminowej się nie zwiększa, jednak zmianie ulega profil pacjentów. W przeciwieństwie do początków diagnozowania HIV/AIDS w Polsce obecnie nie chorują już jedynie narkomani, bezdomni i osoby z tzw. marginesu społecznego. Coraz więcej chorych ma rodziny, które mogą uczestniczyć w długoterminowej opiece domowej. Ponadto obecnie pacjenci poddawani są terapii antyretrowirusowej, dzięki czemu czas ich życia znacząco się wydłuża. Chorzy z HIV/AIDS w podeszłym wieku również będą wymagać opieki długoterminowej, jednak będą oni stanowić nową grupę pacjentów, dla której należy opracować odrębną strategię opieki.

*Opieka nad dziećmi i młodzieżą*

Poniżej wymieniono problemy, na które zwracają uwagę przedstawiciele świadczeniodawców opiekujących się dziećmi i młodzieżą:

- W Polsce działa mało ośrodków dla dzieci, a każdy z nich jest sprofilowany – niektóre ośrodki sprawują opiekę jedynie nad dziećmi do ukończenia 3 roku życia, niektóre od 3–18 r.ż.
- Potrzeba wyodrębnienia osobnego produktu dla dzieci do 3 roku życia ze względu na specyfikę opieki (np. konieczność częstego karmienia, stosowania mieszanek mlecznych).
- Ze względu na problemy związane z finansowaniem (zbyt niska stawka w opinii świadczeniodawców), przy ZOL dziecięcych bardzo często powstają szkoły, które z jednej strony pomagają podopiecznym placówek rozwijać się, z drugiej strony pomagają tym jednostkom bilansować się.
- Ze względu na fakt, że część rodziców dzieci przebywających w ZOL/ZPO jest pozbawiona praw rodzicielskich, ośrodki nie otrzymują dopłat do pobytu, o których mowa w *Ustawie o świadczeniach*.
- Świadczeniodawcy zwracali uwagę na trudności związane z żywieniem dojelitowym i pozajelitowym. Prowadzenie żywienia dojelitowego dziecka wymaga większego zaangażowania personelu (potrzebne są 2 pielęgniarki). Ponadto zdaniem świadczeniodawców zmiany z Zarządzeniach Prezesa NFZ spowodowały, że aby rozliczyć żywienie dojelitowe, pacjent musi otrzymywać tylko dietę przemysłową, nie ma możliwości rozliczenia żywienia dojelitowego, jeśli pacjenci są również żywieni normalnie. Samo stosowanie diety przemysłowej nie jest korzystne w przypadku dzieci (przebiełkowanie, alergie), natomiast stosowanie częściowego żywienia dojelitowego uniemożliwia rozliczenie z Płatnikiem. Zdaniem świadczeniodawców trudności sprawia również proces kwalifikacji do żywienia – dziecko musi trafić na konsultację do poradni żywieniowej, choć tak naprawdę mógłby do żywienia zakwalifikować lekarz w ZOL. Dodatkowy problem związany z żywieniem pozajelitowym jest związany z brakiem możliwości zakupu mieszanek przygotowywanych w innych podmiotach leczniczych. Ponieważ dzieci często źle reagują na dietę przemysłową, a nie ma możliwości zakupu zindywidualizowanych mieszanek, pozostają one pod opieką placówek lecznictwa zamkniętego.
- Świadczeniodawcy zwracali również uwagę na zapisy regulujące liczbę dni w roku, w trakcie których pacjent może wyjść na przepustkę. W przypadku rodziców, którzy nie są pozbawieni praw rodzicielskich, którzy często utrzymują kontakt z dziećmi i chcą je zabierać na weekendy do domu czy wakacje świadczeniodawcy wskazywali na bardzo ograniczoną możliwość rozliczania takich pobytów z Płatnikiem.
- Przedstawiciele świadczeniodawców zwrócili uwagę na brak koordynacji działań pomiędzy różnymi placówkami ochrony zdrowia, co wpływa na konieczność częstego transportowania dzieci pomiędzy instytucjami.
- Świadczeniodawcy podkreślali, że dzieci bardzo często wymagają transportu do innych ośrodków w celu konsultacji, co wiąże się z koniecznością posiadania własnego transportu sanitarnego lub podpisania umowy podwykonawstwa na transport sanitarny.

- Świadczeniodawcy zwracali również uwagę na restrykcyjne wymagania – ZOL/ZPO są objęte takimi samymi przepisami jak placówki leczenia szpitalnego – muszą posiadać aptekę szpitalną lub przynajmniej dział farmacji szpitalnej. Utrzymanie apteki szpitalnej jest kosztochłonne, natomiast w dziale farmacji szpitalnej nie ma możliwości wykonywania leków recepturowych.
- Ze względu na bardzo drogie leczenie dzieci z mukowiscydozą oraz ze względu na konieczność zapewnienia leków przez ZOL/ZPO, ośrodki te bardzo niechętnie przyjmują takie dzieci.
- W ZOL/ZPO dla dzieci potrzeba zatrudnienia dodatkowego personelu: opiekunka dziecięca, nauczyciel, pracownik socjalny.
- W przypadku dzieci, których rodzice są pozbawieni praw rodzicielskich opieka prawna jest sprawowana przez pracowników ZOL/ZPO, co stanowi dla nich dodatkowe obciążenie.
- ZOL dla dzieci jest dla nich miejscem życia, w związku z tym zakład ponosi dodatkowe koszty związane z zakupem zeszytów, ubrań, zabawek, środków czystości, itp.

#### *Opieka nad osobami dorosłymi*

Zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, z braku odrębnych przepisów opieka długoterminowa stacjonarna ma te same zadania co szpital, z tą różnicą, że w ZOL/ZPO przebywają pacjenci, którzy nie wymagają diagnostyki i intensywnego leczenia szpitalnego. Niemniej jednak są to osoby obłożnie chore, wymagające całodobowej, profesjonalnej opieki pielęgniarstwa oraz kontynuacji ustalanego procesu leczenia. W praktyce wszystkie zakłady przyjmują pacjentów prosto z oddziału szpitalnego. Konsultant Krajowy zwraca również uwagę, że ZOL/ZPO są obciążone kosztami leczenia powikłań i zaniedbań pielęgnacyjnych jakie wystąpiły w szpitalach lub w warunkach środowiska domowego. Dotyczy to głównie odleżyn/trudno gojących się ran, zapalenia dróg moczowych, zapalenia płuc itd. Dodatkowo często pacjenci z zaburzeniami w połykaniu wymagają założenia sondy żołądkowej lub wykonania gastrostomii oraz zakwalifikowania i wdrożenia żywienia dojelitowego lub pozajelitowego, które wielokrotnie jest gwarantem poprawy stanu klinicznego pacjentów. Ponieważ żywienie dojelitowe i pozajelitowe w ZOL/ZPO wymaga takiego samego zaangażowania zarówno sprzętowego jak i osobowego, powinno być ono wycenione na takim samym poziomie jak w leczeniu szpitalnym.

W nawiązaniu do opisanych powyżej problemów Konsultant Krajowy wnioskuję o wprowadzenie dodatkowo płatnego rozliczania świadczeń opieki długoterminowej w ZOL/ZPO:

- Leczenia odleżyn/trudno gojącej się rany,
- Żywienia dojelitowego,
- Żywienia pozajelitowego.

### 3.4. Analiza danych

Ze względu na brak możliwości zgromadzenia szczegółowych danych kliniczno-kosztowych od świadczeniodawców, koszty opieki długoterminowej zdecydowano się obliczyć na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych w 3 wariantach:

- Wariant 1 – analiza danych finansowo-księgowych (FK) zgodnie z przyjętą metodyką taryfikacji świadczeń;
- Wariant 2 – wyliczenie kosztu w oparciu o model jednostki optymalnej.

- Wariant 3 – wyliczenie kosztu na podstawie przebiegu referencyjnego świadczeń.

### Wariant 1

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki analizy danych finansowo-księgowych przeprowadzonej zgodnie z przyjętą metodyką taryfikacji świadczeń.

Na podstawie zebranych danych możliwe było oszacowanie kosztu osobodnia w ZOL/ZPO dla osób dorosłych. Ze względu na fakt, że pozyskano dane finansowo-księgowe jedynie od 2 podmiotów realizujących świadczenia dla dzieci i młodzieży oraz od 2 świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjentom z HIV/AIDS, w poniższej tabeli przedstawiono odrębnie koszty ponoszone przez każdego z tych świadczeniodawców, a następnie koszty uśrednione.

Z uwagi na dostępność jedynie ogólnych danych finansowo-księgowych, koszt osobodnia obliczony został nie tylko w oparciu o koszty wynagrodzeń i infrastruktury, ale uwzględnia również uśrednione koszty zmienne (leków, wyrobów medycznych oraz procedur). Ponieważ w przekazywanych danych świadczeniodawcy mieli wyodrębnić informacje o kosztach prowadzonego leczenia żywieniowego, możliwe było przedstawienie kosztu osobodnia w dwóch wariantach: obejmującego wszystkie koszty oraz z wyłączeniem żywienia dojelitowego/ pozajelitowego.

W dalszym kroku uśredniony koszt osobodnia pomniejszony został o wyliczoną z pozyskanych danych faktyczną wysokość dopłat uzyskiwanych od pacjentów.

Ostateczne wyniki powiększono o mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń (6,06%), którego szczegółowy opis znajduje się w załączniku nr 8.

**Tabela 30 Wyniki analizy kosztów w oparciu o dane finansowo-księgowe**

Świadczenie/ świadczeniodawca		Koszt osobodnia – stały (PLN)	Koszt osobodnia z uwzględnieniem kosztów zmiennych (PLN)	Koszt osobodnia pomniejszony o faktyczne dopłaty pacjentów (PLN)	Koszt osobodnia z uwzględnieniem mnożnika (PLN)
Osobodzień pobytu w ZOL/ZPO dla dorosłych z uwzględnieniem żywienia dojelitowego i pozajelitowego		129,17	143,31	111,51	118,28
Osobodzień pobytu w ZOL/ZPO dla dorosłych bez żywienia dojelitowego i pozajelitowego		129,17	141,69	109,89	116,55
Osobodzień pobytu w ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS*	Stowarzyszenie Solidarni "PLUS"				
	Zakład Opiekuńczo Leczniczo-Ośrodek Rehabilitacyjno Readaptacyjny				
	Średnia	107,55	115,45	103,57	109,85
Osobodzień pobytu w ZOL/ZPO dla dzieci z uwzględnieniem żywienia dojelitowego/ pozajelitowego	ZOL dla dzieci Kraszewo-Czubaki				
	Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie"				

Świadczenie/ świadczeniodawca		Koszt osobodnia – stały (PLN)	Kosz osobodnia z uwzględnieniem kosztów zmiennych (PLN)	Koszt osobodnia pomniejszony o faktyczne dopłaty pacjentów (PLN)	Koszt osobodnia z uwzględnieniem mnożnika (PLN)
	Średnia	161,60	196,59	196,59	208,51
Osobodzeń pobytu w ZOL/ZPO dla dzieci bez żywienia dojelitowego/ pozajelitowego	ZOL dla dzieci Kraszewo-Czubaki				
	Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie"				
	Średnia	161,60	179,24	179,24	190,11

\*Świadczeniodawcy nie wykazali żywienia dojelitowego/pozajelitowego

Dodatkowo w poniższej tabeli przedstawiono poszczególne składowe kosztu osobodnia.

Tabela 31 Składowe kosztu osobodnia

Składowe osobodnia pobytu	ZOL/ZPO dla dorosłych	ZOL/ZPO dla dorosłych zakażonych HIV/AIDS			ZOL/ZPO dla dzieci		
		Zakład Opiekuńczo Lecznicy-Ośrodek Rehabilitacyjno Readaptacyjny	Stowarzyszenie Solidarni "PLUS"	Średnia	Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie"	ZOL dla dzieci Kraszewo-Czubaki	Średnia
Wynagrodzenie godzinowe lekarz (PLN)	48,83			54,61			67,92
Wynagrodzenie godzinowe pielęgniarka (PLN)	25,52			36,50			30,08
Wynagrodzenie godzinowe fizjoterapeuta (PLN)	18,64			25,94			23,63
Wynagrodzenie godzinowe logopeda (PLN)	23,84			27,01			37,91
Wynagrodzenie godzinowe psycholog (PLN)	24,05			28,32			35,84
Wynagrodzenie godzinowe terapeuta uzależnień (PLN)	0,00			33,68			0,00
Wynagrodzenie godzinowe terapeuta zajęciowy (PLN)	18,76			9,30			22,84
Wynagrodzenie godzinowe opiekun medyczny (PLN)	16,68			17,08			7,64
Wynagrodzenie godzinowe inny personel medyczny (PLN)	20,51			0,00			9,12
Wynagrodzenie godzinowe personel niemedyczny (PLN)	15,29			32,05			21,65
Wynagrodzenie godzinowe rezydent (PLN)	0,00			0,00			0,00
Wynagrodzenie godzinowe stażysta/ wolontariusz (PLN)	0,00			8,54			7,81
Czas zaangażowania lekarz/ osobodzeń (h)	0,18			0,18			0,17

Składowe osobodnia pobytu	ZOL/ZPO dla dorosłych	ZOL/ZPO dla dorosłych zakażonych HIV/AIDS			ZOL/ZPO dla dzieci		
		Zakład Opiekuńczo Leczniczy-Ośrodek Rehabilitacyjno Readaptacyjny	Stowarzyszenie Solidarni "PLUS"	Średnia	Stowarzyszenie Pielęgniarsko-Opiekuńcze "Z Ufnością w Trzecie Tysiąclecie"	ZOL dla dzieci Kraszewo-Czubaki	Średnia
Czas zaangażowania pielęgniarka/ osobodzień (h)	1,58			0,81			2,24
Czas zaangażowania fizjoterapeuta/osobodzień(h)	0,36			0,22			0,69
Czas zaangażowania logopeda/ osobodzień (h)	0,03			0,03			0,04
Czas zaangażowania psycholog/ osobodzień (h)	0,06			0,10			0,11
Czas zaangażowania terapeuta uzależnień/ osobodzień (h)	0,00			0,10			0,00
Czas zaangażowania terapeuta zajęciowy/ osobodzień (h)	0,08			0,02			0,12
Czas zaangażowania opiekun medyczny/ osobodzień (h)	0,60			0,46			0,23
Czas zaangażowania inny personel medyczny/ osobodzień (h)	0,04			0,00			0,08
Czas zaangażowania personel niemedyczny/ osobodzień (h)	0,55			0,55			0,71
Czas zaangażowania rezydent/ osobodzień (h)	0,00			0,00			0,00
Czas zaangażowania stażysta wolontariusz/ osobodzień (h)	0,00			0,26			0,12
Koszt infrastruktury odtworzeniowej/ osobodzień (PLN)	50,42			27,31			39,48
Całkowity koszt produktów leczniczych/ osobodzień (PLN)	12,26			7,36			29,40
Koszt produktów bez kosztów żywienia do/pozajelitowego)/ osobodzień (PLN)	10,63			7,36			12,05
Koszt procedur medycznych/ osobodzień (PLN)	1,89			0,53			5,59
Koszt dopłat pacjentów/ osobodzień (PLN)	31,80			11,88			0,00

## Ograniczenia:

- świadczeniodawcy mieli problem z uwzględnieniem kosztu darowizn oraz wyceny wolontariatu;
- świadczeniodawcy mieli problem z uwzględnieniem środków trwałych z kategorii budynków, lokali, obiektów inżynierii lądowej i wodnej (np. w sytuacji, gdy budynek jest nieodpłatnie użyczony i świadczeniodawca nie ponosi żadnych kosztów z tego tytułu);
- mała liczba danych finansowo-księgowych (n=2) zebranych od świadczeniodawców realizujących świadczenia pediatryczne;
- zróżnicowanie organizacyjne pomiędzy świadczeniodawcami dla dzieci i młodzieży;
- zróżnicowanie organizacyjne pomiędzy świadczeniodawcami dla pacjentów z HIV AIDS
- brak danych finansowo-księgowych od ośrodków realizujących świadczenia dla weteranów działań poza granicami kraju;

- jeden z ośrodków udzielających świadczeń dla pacjentów z HIV/AIDS udziela świadczeń również pacjentom niezakażonym (ok. 20% wszystkich pacjentów), stąd dane finansowo-księgowe odnoszą się do mieszanej populacji pacjentów;
- w przekazywanych danych świadczeniodawcy mieli wyodrębnić informacje o kosztach prowadzonego leczenia żywieniowego, jednak ze względu na łączne sprawozdawanie kosztów dla żywienia dojelitowego i pozajelitowego oraz bardzo niski uśredniony koszt w przeliczeniu na każdy osobodzień przyjęto tylko koszty osobodnia nieuwzględniające żywienia.

#### *Zróżnicowanie kosztu pomiędzy świadczeniami udzielanymi różnym grupom pacjentów*

Ponieważ ani ogólne dane finansowo-księgowe ani model jednostki optymalnej nie pozwalają na określenie zróżnicowania taryfy poszczególnych świadczeń (produktów rozliczeniowych), świadczeniodawcy wraz z plikami FK mieli przekazać informacje o wyliczonym przez nich koszcie osobodnia w rozbiciu na poszczególne produkty rozliczeniowe.

Świadczeniodawcy przekazali te dane w tabeli nr 4<sup>3</sup>, odrębnie dla wszystkich realizowanych produktów rozliczeniowych. Powyższe informacje uzyskano łącznie dla 54 OPK (z 66), w tym: w 18 OPK udzielano świadczeń rozliczanych za pomocą jednego produktu rozliczeniowego (5.15.00.0000095), w 5-ciu OPK udzielano świadczeń rozliczanych 2 produktami rozliczeniowymi, w 25-ciu OPK udzielano świadczeń rozliczanych 3 produktami rozliczeniowymi i w 6-ciu OPK udzielano świadczeń rozliczanych 4 produktami rozliczeniowymi.

W dwóch poniższych tabelach zestawiono statystyki obliczone na podstawie danych z tabeli 4. Wyliczono i przedstawiono wartości średnie, minimum oraz maksimum po odcięciach wartości odstających. Ponadto załącznik nr 9 zawiera zestawienie surowych danych kosztowych otrzymanych z tabeli nr 4.

**Tabela 32 Zbiorcze wyniki kosztów świadczeń dla ZOL/ZPO (po odcięciach metodą box plot) obliczone na podstawie danych z tabeli 4, przed i po uwzględnieniu dopłat pacjentów**

Kod produktu rozliczeniowego	Liczba OPK	Łączny koszt świadczenia z dopłatami (średnia)	Łączny koszt świadczenia z dopłatami (min)	Łączny koszt świadczenia z dopłatami (max)	Łączny koszt świadczenia bez dopłat (średnia)	Łączny koszt świadczenia bez dopłat (min)	Łączny koszt świadczenia bez dopłat (max)
5.15.00.0000095	54	134,68 zł	86,40 zł	202,25 zł	104,14 zł	58,53 zł	197,67 zł
5.15.00.0000096	32	183,32 zł	103,26 zł	306,06 zł	155,38 zł	75,40 zł	287,00 zł
5.15.00.0000097	34	236,26 zł	108,00 zł	411,56 zł	208,36 zł	84,00 zł	379,98 zł
5.15.00.0000098	6	660,08 zł	173,00 zł	1 513,00 zł	568,79 zł	157,86 zł	1 160,54 zł
5.15.00.0000101	1	108,00 zł	-	-	84,00 zł	-	-

**Tabela 33 Statystyki kosztów zmiennych oraz osobodnia (po odcięciach metodą box plot) na podstawie tabeli 4**

Kod produktu rozliczeniowego	5.15.00.0000095	5.15.00.0000096	5.15.00.0000097	5.15.00.0000098	5.15.00.0000101
Koszt osobodzień (średnia)	120,98 zł	154,55 zł	187,11 zł	329,06 zł	97,00 zł
Koszt osobodzień (min)	74,00 zł	91,55 zł	81,26 zł	123,41 zł	-
Koszt osobodzień (max)	185,06 zł	258,00 zł	361,40 zł	602,00 zł	-
Koszt PL/osobodzień (średnia)	5,30 zł	9,02 zł	14,17 zł	172,98 zł	4,00 zł

<sup>3</sup> Tabela nr 4 do wypełnianego przez świadczeniodawców pliku FK



Kod produktu rozliczeniowego	5.15.00.0000095	5.15.00.0000096	5.15.00.0000097	5.15.00.0000098	5.15.00.0000101
Koszt PL/osobodzień (min)	0,28 zł	0,28 zł	0,28 zł	6,19 zł	-
Koszt PL/osobodzień (max)	15,00 zł	26,52 zł	44,23 zł	428,00 zł	-
Koszt WM/osobodzień (średnia)	5,80 zł	11,76 zł	17,02 zł	161,74 zł	3,00 zł
Koszt WM/ osobodzień (min)	2,00 zł	2,80 zł	2,80 zł	7,15 zł	-
Koszt WM/ osobodzień (max)	12,92 zł	34,47 zł	47,62 zł	425,00 zł	-
Koszt PR/ osobodzień (średnia)	1,55 zł	5,62 zł	5,66 zł	25,21 zł	4,00 zł
Koszt PR/ osobodzień (min)	0,03 zł	0,04 zł	0,07 zł	0,62 zł	-
Koszt PR/ osobodzień (max)	6,94 zł	23,14 zł	23,14 zł	86,35 zł	-

## Ograniczenia:

- nie wszystkie przekazane dane były w pełni kompletne, czasem brakowało części informacji (np. nie podano kosztu procedur, czy też wyrobów medycznych lub wpisano w tych pozycjach wartość zero);
- nie wszystkie zakłady ZOL/ZPO, które podjęły współpracę z Agencją były w stanie wypełnić tabelę nr 4;
- w przypadku 7 z 54 OPK nie wykazano jakichkolwiek różnic kosztowych między realizowanymi produktami jednostkowymi;
- podczas weryfikacji danych zauważono przypadki niewłaściwej kwalifikacji kosztów związanych z żywieniem dojelitowym/pozajelitowym – koszt nie był sprawozdawany w pozycjach dotyczących produktów leczniczych; jednocześnie można było przypuszczać, że koszt ten był włączany do kosztu osobodnia lub do wyrobów medycznych;
- świadczeniodawcy mieli problem z oszacowaniem jednostkowych kosztów leków, wyrobów medycznych, procedur oraz kosztów infrastruktury i zaangażowania personelu na osobodzień w podziale na produkty rozliczeniowe, ponieważ koszty nie są ewidencjonowane bezpośrednio do pacjenta;
- z powodu braku odpowiednich systemów statystycznych pozwalających na ewidencjonowanie danych na pacjenta, znaczna liczba świadczeniodawców nie była w stanie podać informacji o kosztach rzeczywistych, przekazując w zamian oszacowania własne w podziale na poszczególne grupy pacjentów.

Ze względu na liczne ograniczenia uznano, że powyższe dane nie powinny stanowić podstawy do wyliczenia taryfy, a jedynie służyć celom porównawczym.

Wariant 2*Model jednostki optymalnej*

Jedną z metod obliczenia rzeczywistych kosztów stałych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych było utworzenie modelu jednostki optymalnej. Jednostka optymalna wyliczona została w jednym wariantcie uwzględniającym przyjęcie założeń wzorcowych, które zdefiniowano zostały ekspercko i obejmowały następujące parametry:

- przeciętne obłożenie, uwzględniające również istotne czynniki wpływające na zróżnicowanie obłożenia w ciągu roku,
- normy dla personelu medycznego i niemedycznego w przeliczeniu na liczbę łóżek w podziale na dni robocze, dni wolne od pracy, dyżury,

- niezbędny sprzęt medyczny wykorzystywany w jednostce.

Dla każdej n-lóżkowej jednostki wyliczane jest następnie łączne zapotrzebowanie na personel medyczny i niemedyczny oraz wymagana ilość sprzętu medycznego przy założonych wymaganiach. Na zadane wcześniej parametry nakładane są rzeczywiste jednostkowe koszty zasobów, które wyliczane są z gromadzonych przez Agencję danych finansowo-księgowych oraz innych danych niefinansowych pozyskiwanych od świadczeniodawców w drodze postępowania.

Koszty jednostkowe obejmują:

- wynagrodzenie personelu medycznego i niemedycznego w przeliczeniu na 1 etat,
- koszt stały (ogólny) infrastruktury,
- koszt infrastruktury w przeliczeniu na 1 łóżko,
- dodatkowe istotne koszty utrzymania sprzętu medycznego.

Na etapie wyliczania jednostkowych kosztów z analizowanego zbioru danych odrzucone zostały wartości nietypowe. Wartości odstające identyfikowane były najczęściej na podstawie analizy wykresów pudełkowych (boxplot) zgodnie ze wzorem:  $(Q1 - 1,5(Q3 - Q1) : Q3 + 1,5(Q3 - Q1))$ , gdzie Q1 oznacza pierwszy kwartył (25 percentyl), a Q3 oznacza trzeci kwartył (75 percentyl) lub analizy skupień wykorzystując hierarchiczne metody analizy danych.

Koszty infrastruktury obliczone zostały z wykorzystaniem analizy regresji (model liniowy szacowany klasyczną metodą najmniejszych kwadratów), gdzie badana była zależność kosztów infrastruktury od liczby łóżek. Parametr przy zmiennej egzogenicznej określa przyrost rocznych kosztów infrastruktury związany z dodatkowym łóżkiem, natomiast przecięcie – stały roczny koszt infrastruktury.

Ostatecznie dla n-lóżkowej jednostki zsumowane zostały wszystkie rodzaje kosztów (koszty wynagrodzeń, infrastruktury) wynikające z łącznego zapotrzebowania na zasoby. Łączny roczny koszt stały dla n-lóżkowej jednostki podzielony został następnie przez teoretyczną roczną liczbę osobodni, obliczoną na podstawie przeciętnego obłożenia oraz liczby łóżek.

Otrzymany w ten sposób wynik jest kosztem stałym osobodnia n-lóżkowej jednostki.

Koszt stały osobodnia został powiększony o koszty zmienne przeliczone na osobodzień (koszty leków, wyrobów medycznych i procedur), a następnie pomniejszony o uśrednione dopłaty pacjentów. Wszystkie wartości zostały obliczone w oparciu o rzeczywiste dane finansowo-księgowe. Tak oszacowany koszt osobodnia został powiększony o mnożnik zmian wielkości kosztów.

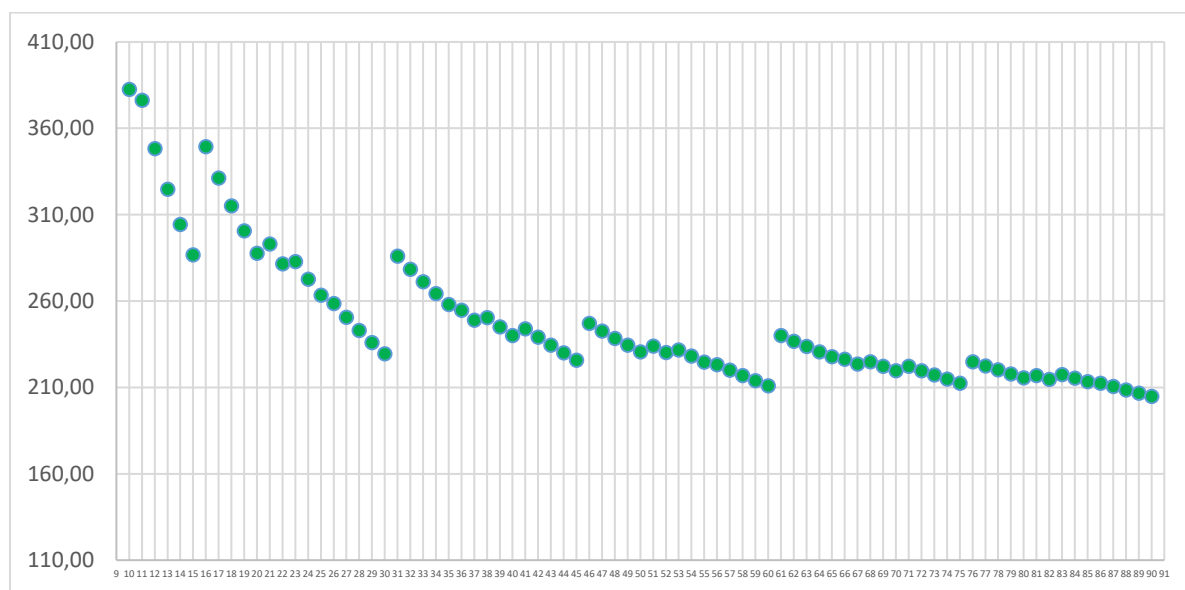
Taka metoda obliczenia kosztu wiąże się z pewnymi ograniczeniami:

- wszelkie obliczenia w modelu dokonywane były przy założeniu minimum 10 łóżkowego oddziału;
- nawet jedno łóżko poza przyjętą normę obsady personelu (lekarską/pielęgniarską/p.p.) powoduje konieczność doliczenia pełnego etatu kolejnej osoby, w efekcie model nie obrazuje sytuacji w przypadku zbyt wysokiego obciążenia personelu;
- przyjmujemy, że personel medyczny nie świadczy pracy w innych miejscach a jedynie na danym oddziale;
- normy są w pewnym stopniu subiektywną decyzją określających je ekspertów;
- określone przez ekspertów normy należałoby skonfrontować z dostępną na rynku kardą lekarską i pielęgniarską.

*Model jednostki optymalnej ZOL/ZPO dla dorosłych*

Jednostka optymalna ZOL/ZPO dla dorosłych została przygotowana w oparciu o założenia przygotowane przez ekspertów i rzeczywiste dane FK pochodzące z ZOL/ZPO dla dorosłych, z wyłączeniem placówek udzielających świadczeń pacjentom z HIV/AIDS.

Poniższy wykres przedstawia zależność oszacowanego kosztu osobodnia od wielkości jednostki (oddziału). Można zauważyć, że minimum odnotowuje się na poziomie 60 łóżek. Oznacza to, że przy takiej wielkości oddziału i założonych parametrach koszt osobodnia jest najniższy, a określone zasoby są wykorzystywane w sposób najbardziej optymalny. Dalszy wzrost liczby łóżek nie powoduje istotnego spadku kosztu osobodnia, który oscyluje mniej więcej na tym samym poziomie.



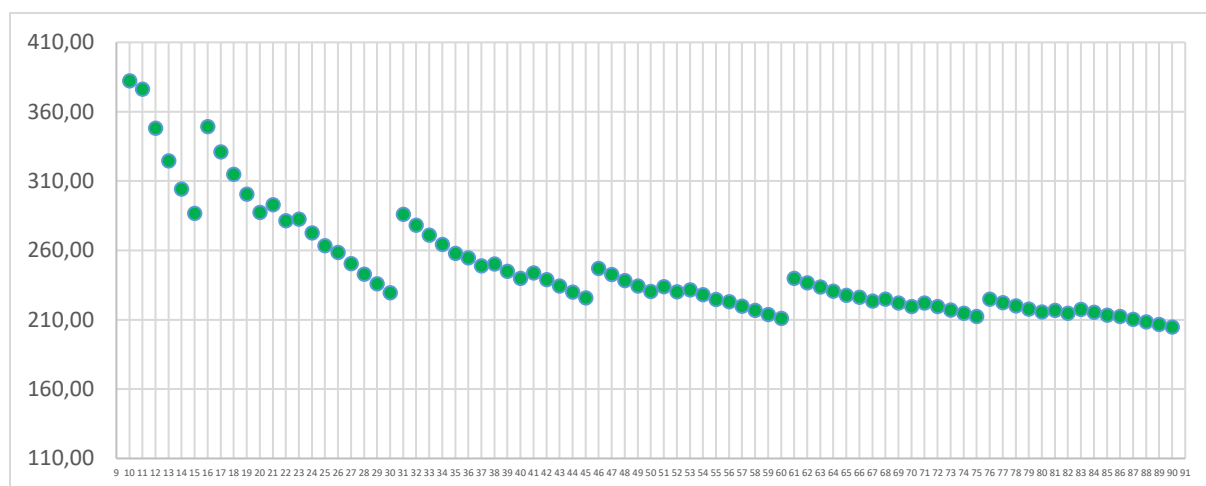
**Rycina 15. Zależność kosztu osobodnia od wielkości jednostki**

Optymalne wykorzystanie zasobów odnotowuje się przy 60 łóżkach, gdzie koszt osobodnia (bez żywienia dojelitowego/ pozajelitowego) jest najniższy i wynosi 152,56 zł.

#### *Model jednostki optymalnej ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży*

Jednostka optymalna ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży została wymodelowana w oparciu o założenia przygotowane przez ekspertów i rzeczywiste dane FK pochodzące z ZOL/ZPO dla dorosłych, z wyłączeniem placówek udzielających świadczeń pacjentom z HIV/AIDS. Wykorzystano dane finansowo-księgowe z ZOL/ZPO dla dorosłych, ze względu na uzyskanie danych finansowo-księgowych tylko od 2 podmiotów udzielających świadczeń dzieciom. Należy przy tym zauważyć, że same założenia parametryczne do jednostki optymalnej zostały przygotowane dla zakładu opiekującego się dziećmi powyżej 3 r.ż.

Poniższy wykres przedstawia zależność oszacowanego kosztu osobodnia od wielkości jednostki (oddziału). Można zauważyć, że minimum, podobnie jak w przypadku ZOL/ZPO dla dorosłych, znajduje się na poziomie 60 łóżek. Oznacza to, że przy tej wielkości oddziału i założonych parametrach koszt osobodnia jest najniższy, a zasoby są wykorzystywane w sposób najbardziej optymalny. Dalszy wzrost liczby łóżek nie powoduje istotnego spadku kosztu osobodnia, który oscyluje mniej więcej na tym samym poziomie. Należy jednak zauważyć, że ZOL/ZPO dla dzieci zazwyczaj nie opiekują się aż tak dużą liczbą osób – średnia liczba pacjentów przypadająca na 1 ZOL/ZPO dla dzieci wynosi 34. W takim przedziale zasoby będą optymalnie wykorzystane przy 30 łóżkach, co wiąże się kosztem osobodnia na poziomie 222,92 zł.



Rycina 16. Zależność kosztu osobodnia od wielkości jednostki

### Wariant 3

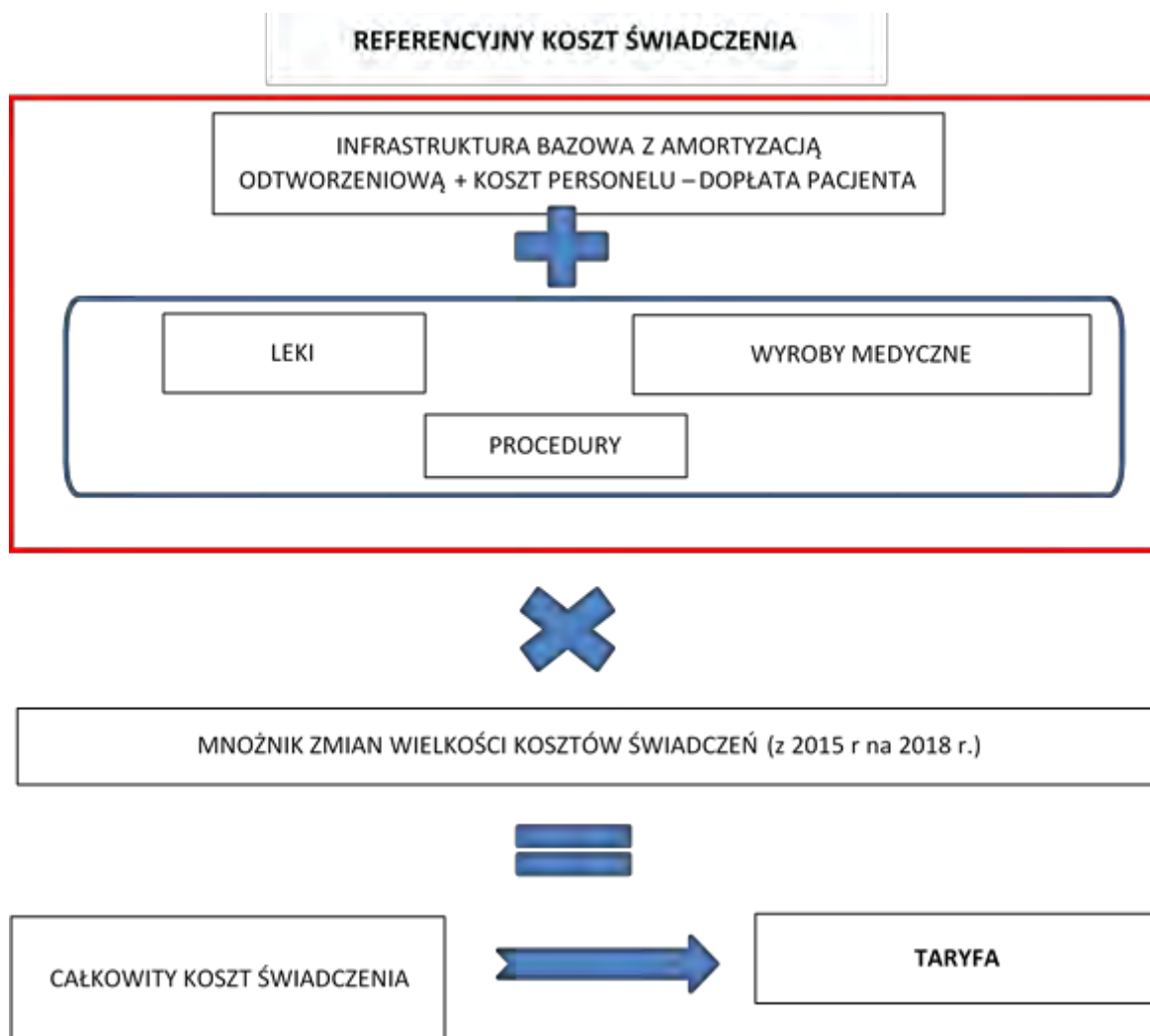
Z względu na fakt, iż wielu świadczeniodawców, z powodu braku elektronicznej dokumentacji pacjentów, nie było w stanie samodzielnie oszacować rzeczywistego ponoszonego kosztu osobodnia, jednocześnie zdecydowano się na ustalenie taryfy świadczeń w oparciu o referencyjne przebiegi świadczeń przygotowane przez ekspertów klinicznych współpracujących z Agencją.

Dla opieki długoterminowej w ZOL/ZPO przygotowano przebiegi referencyjne dla dwóch podstawowych grup pacjentów: oddzielnie dla dorosłych oraz pacjentów pediatrycznych, a także przebieg dla pacjentów z HIV/AIDS. Zarówno w przypadku świadczeń dla dorosłych jak i dzieci przygotowane przebiegi obrazowały typowy rodzaj opieki nad dwiema populacjami pacjentów: z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz tych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, w tym również nieprzytomnych.

Przebiegi te ustalane były na bazie wiedzy eksperckiej. Referencyjny przebieg świadczenia wraz z referencyjnym zaangażowaniem zasobów opracowany został przez ekspertów klinicznych, w oparciu o przygotowany przez Agencję formularz, w którym określić mieli rodzaj wykorzystywanych zasobów (czas zaangażowania personelu, leki i wyroby medyczne, procedury pielęgnacyjne oraz dodatkowe procedury diagnostyczne, zabiegowe i inne) a także wielkość ich zużycia (ilościowe/ czasowe) oraz odsetek pacjentów wymagających zastosowania danego zasobu. Na tak przygotowane informacje nałożone zostały uśrednione koszty jednostkowe poszczególnych zasobów, obliczone w oparciu o rzeczywiste dane przekazane przez świadczeniodawców.

Z uwagi na to, że w tym postępowaniu nie zbierano danych szczegółowych o kosztach zmiennych (tj. leki, wyroby czy procedury medyczne) w odniesieniu do pojedynczego pacjenta a jedynie dane finansowo-księgowe, wykorzystano informacje pozyskane uprzednio przez Agencję od świadczeniodawców realizujących świadczenia dla pacjentów ZOL/ZPO wentylowanych mechanicznie. Uznano, że są to oddziały najbardziej zbliżone i często realizujące równoległe świadczenia opieki długoterminowej. W celu wyrównania pochodzących z lat 2013-2014 danych kosztowych o lekach, wyrobach medycznych i procedurach z kosztami finansowo-księgowymi pochodzącymi w roku 2015 r., zastosowano wskaźnik inflacyjny uwzględniający zmiany wielkości cen towarów i usług konsumpcyjnych dla koszyka „zdrowie” (0,9968%).

Dane na temat godzinowego wynagrodzenia poszczególnych kategorii personelu, które nakładano na czasowe zaangażowanie osobowe, a także bazowy koszt infrastruktury czy też średni koszt dopłaty pacjenta uzyskano z danych finansowo-księgowych od zakładów ZOL/ZPO z 2015 r. Wszystkie koszty przeliczono następnie na pojedynczy osobodzień. Obliczony w ten sposób referencyjny koszt świadczenia został powiększony o mnożnik (6,06%) odzwierciedlający wzrost kosztu kapitału oraz wskaźniki inflacyjne odzwierciedlające zmianę kosztów poszczególnych zasobów z 2015 na 2018 r. (załącznik nr 8).



Rycina 17. Schemat – referencyjny koszt świadczenia

Ze względu na ograniczoną ilość danych finansowo-księgowych dla ZOL/ZPO dla dzieci i dorosłych, koszt świadczeń został oszacowany w 3 podwariantach. W poniższej tabeli zestawiono wyniki oszacowań osobodnia pobytu w ZOL/ ZPO na podstawie przebiegów dla podstawowych grup pacjentów przebywających w ZOL dla dorosłych, dzieci oraz osobno dla pacjentów z HIV/AIDS.

Tabela 34 Zestawienie kosztów osobodnia pobytu w ZOL/ZPO uzyskanych na podstawie przebiegów referencyjnych

Wariant 3		Przebieg referencyjny świadczenia								
		Podwariant	Produkty lecznicze	Wyroby medyczne	Procedury medyczne	Koszty personelu	Dopłaty pacjenta (średnia z danych rzeczywistych)	Infrastruktura z amortyzacją odtworzeniową	Koszt osobodnia łącznie	Koszt osobodnia łącznie (z mnożnikiem)
Pacjent dorosły	Skala Barthel 0-40		10,67 zł	41,06 zł	3,94 zł	125,49 zł	31,80 zł	50,42 zł	199,78 zł	211,89 zł
	Skala Barthel 0, skala Glasgow 0-8		51,09 zł	52,97 zł	5,86 zł	156,24 zł	31,80 zł	50,42 zł	284,78 zł	302,04 zł
Pacjent pediatryczny	> 3 r.ż.; skala Barthel 0-40	A	4,92 zł	30,15 zł	3,15 zł	151,07 zł <sup>&amp;</sup>	17,58 zł <sup>^</sup>		227,69 zł	241,49 zł
		B	4,92 zł	30,15 zł	3,15 zł	173,27 zł <sup>&amp;&amp;</sup>	17,58 zł <sup>^</sup>	39,48 zł <sup>**</sup>	233,38 zł	247,54 zł
		C	4,92 zł	30,15 zł	3,15 zł	163,12 zł <sup>&amp;&amp;&amp;</sup>	17,58 zł <sup>^</sup>		239,74 zł	254,27 zł
	> 3 r.ż.; skala Barthel 0, skala Glasgow 0-8	A	26,03 zł	57,39 zł	7,14 zł	164,00 zł <sup>&amp;</sup>	17,58 zł <sup>^</sup>		292,96 zł	310,72 zł
		B	26,03 zł	57,39 zł	7,14 zł	187,55 zł <sup>&amp;&amp;</sup>	17,58 zł <sup>^</sup>	39,48 zł <sup>**</sup>	300,01 zł	318,20 zł
		C	26,03 zł	57,39 zł	7,14 zł	178,54 zł <sup>&amp;&amp;&amp;</sup>	17,58 zł <sup>^</sup>		307,50 zł	326,14 zł
	< 3 r.ż.		x	x	x	x	x	x	x	x
Pacjent z HIV/AIDS		A	6,52 zł	61,25 zł	4,53 zł	56,48 zł <sup>&amp;</sup>	11,88 zł	27,31 zł <sup>#</sup>	144,23 zł	152,97 zł
		B	6,52 zł	61,25 zł	4,53 zł	69,10 zł <sup>§</sup>	11,88 zł	27,31 zł <sup>#</sup>	156,85 zł	166,36 zł
		C	6,52 zł	61,25 zł	4,53 zł		<sup>^^</sup>		164,89 zł	174,88 zł

\*\* średnia z danych finansowo-księgowych z 2 ośrodków w Polsce, które świadczą opiekę pacjentom pediatrycznym; # średnia z danych finansowo-księgowych z 2 ośrodków w Polsce, które świadczą opiekę pacjentom z HIV/AIDS; ##

<sup>&</sup> dane odnoszą się do bazy wynagrodzeń w wszystkich ZOL/ZPO dla dorosłych; <sup>&&</sup> dane odnoszą się do średniej z 2 ośrodków pediatrycznych;

<sup>§</sup> średnia wynagrodzeń personelu z 2 ośrodków dla pacjentów z HIV/AIDS;

<sup>^</sup> dopłata teoretyczna u pacjenta pediatrycznego wyliczona na podstawie 70% kwoty kryterium dochodowego na członka rodziny uprawnającego do otrzymania specjalnego zasiłku opiekuńczego (data dostępu 13.06.2017 r. <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnnych-kryteria-uzyskania/-test-swadczenia-pielagnacyjne/test-specjalny-zasilek-opiekunczy/>);

## Ograniczenia:

- brak opracowanego przebiegu referencyjnego dla pacjentów < 3 r.ż.;
- cenniki dla zasobów zmiennych (leki, wyroby, procedury) pochodziły z lat 2013–2014, jednak zaktualizowano te dane przy użyciu mnożnika;
- brak odpowiedniej liczby danych finansowo-księgowych dla podmiotów udzielających świadczeń pacjentom pediatrycznym oraz pacjentom z HIV/AIDS, co skutkowało koniecznością zastosowania danych o kosztach wynagrodzeń ze wszystkich otrzymanych OPK dla ZOL/ZPO;
- koszty infrastruktury dla przebiegów klinicznych świadczeń udzielanych pacjentom pediatrycznym pochodziły z 1 OPK zaś pacjentom z HIV/AIDS z 2 OPK;
- dopłata pacjenta w przypadku świadczeń dla pacjentów pediatrycznych nie mogła zostać obliczona na podstawie danych rzeczywistych, ponieważ oba ośrodki dziecięce, które podjęły współpracę z Agencją, nie otrzymują takich dopłat; w związku z tym przyjęto wielkość teoretyczną.

Ze względu na niekompletność danych, nie było możliwości oszacowania kosztów dla każdego ze świadczeń we wszystkich wariantach. W poniższej tabeli znajduje się zestawienie wyników analizy dla poszczególnych świadczeń w 3 wariantach.

Tabela 35 Zestawienie 3 wariantów osobodnia pobytu w ZOL/ZPO (PLN)

Świadczenie		Wariant 1		Wariant 2		Wariant 3
		Dane finansowo-księgowe z ZOL/ZPO		Jednostka optymalna		Przebieg referencyjny świadczenia
		bez żywienia do/pozajelitowego	z żywieniem do/pozajelitowym	60 łóżek	30 łóżek	
Pacjent dorosły	Skala Barthel 0-40	116,55 zł	118,28 zł	152,56 zł	x	211,89 zł
	Skala Barthel 0, skala Glasgow 0-8					302,04 zł
Pacjent pediatryczny	> 3 r.ż.; skala Barthel 0-40	190,11 zł	208,51 zł	203,26 zł	222,92 zł	241,49 zł
	> 3 r.ż.; skala Barthel 0, skala Glasgow 0-8					310,72 zł
	< 3 r.ż.			x	x	x
Pacjent z HIV/AIDS		109,85 zł	x	x	x	152,97 zł

## 3.5. Projekt taryfy

W poniższej tabeli zaprezentowano trzy warianty propozycji taryf, które wynikają bezpośrednio z trzech wariantów analiz kosztowych.

**Wariant pierwszy**, oszacowany w oparciu o dane finansowo-księgowe świadczeniodawców, przewiduje ograniczenie liczby produktów rozliczeniowych NFZ do trzech:

- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS.

**Wariant drugi**, ustalony w oparciu o teoretyczny model jednostki optymalnej (ośrodek o wielkości pozwalającej na optymalne wykorzystanie zasobów), przewiduje ograniczenie liczby produktów do dwóch:

- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci.

**Wariant trzeci**, ustalony w oparciu o eksperckie przebiegi referencyjne, przewiduje ograniczenie liczby produktów do pięciu:

- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych z Barthel 0-40,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych z Barthel 0, GCS  $\leq$  8,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci z Barthel 0-40,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci z Barthel 0, GCS  $\leq$  8,
- osobodzień w ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS.

**Tabela 36 Projekty tariff w trzech wariantach przy proponowanych produktach rozliczeniowych NFZ**

Świadczenie		Wariant 1		Wariant 2		Wariant 3	
		pkt*	PLN	pkt*	PLN	pkt*	PLN
Osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych	z Barthel 0-40, w tym weterani poszkodowani	3,88	116,71	5,07	152,51	7,04	211,76
	z Barthel 0, Glasgow 0-8					10,04	302,00
Osobodzień w ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS		3,65	109,79			5,09	153,11
Osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci	> 3 r.ż.; z Barthel 0-40	6,32	190,11	7,41	222,89	8,03	241,54
	> 3 r.ż.; z Barthel 0, Glasgow 0-8					10,33	310,73
	< 3 r.ż.						

\* – dla wartości punktu 30,08, zgodnie z wartością świadczenia bazowego w opiece długoterminowej, tj.: „osobodnia za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania”

Z uwagi na to, że nie udało się pozyskać danych i ustalić kosztów świadczeń dla osobodnia pobytu w ZOL/ZPO dla weteranów poszkodowanych a także dla dzieci do 3 lat, możliwe rozwiązania obejmują: pozostawienie wycen dla tych świadczeń na obecnym poziomie lub przypisanie ich do, odpowiednio: produktu osobodzień dla dorosłych i produktu osobodzień dla dzieci/ osobodzień dla dzieci z Barthel 0, GCS  $\leq$  8.

W każdym z wariantów przewiduje się ponadto, wzorem poprzednich projektów tariff z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, zastąpienie produktów zawierających współczynniki korygujące dla pacjentów (zarówno dla dorosłych i dla dzieci) żywionych dojelitowo lub pozajelitowo możliwością dosumowania produktów związanych z żywieniem dojelitowym, pozajelitowym kompletnym i częściowym, analogicznie i w wysokościach jak w katalogu świadczeń do sumowania w rodzaju leczenie szpitalne (104 PLN w przypadku żywienie dojelitowego, 104 PLN w przypadku żywienia pozajelitowego częściowego oraz 208 PLN w przypadku całkowitego żywienia pozajelitowego).

W poniższej tabeli odniesiono projekty tariff we wszystkich wariantach do aktualnych produktów rozliczeniowych NFZ i ich średnich wycen. Wszystkie propozycje wiążą się z wyższą wyceną świadczeń z wyjątkiem świadczenia dotyczącego pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV w wariantcie I:

- Wariant I – zmiana wycen od -2,54% do +99,59%, średnio o 47,85%,
- Wariant II – zmiana wycen od +30,57% do +130,52%, średnio o 75,49%,
- Wariant II – zmiana wycen od +35,91% do +182,35%, średnio o 108,01%.



Tabela 37 Projekty taryf w odniesieniu do istniejących produktów rozliczeniowych NFZ

Nazwa świadczenia		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnoego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywnoego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	osobodzień pobytu w ZPO/ ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnoego pozajelitowo, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, ze współczynnikiem korygującym 3,5	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego, w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,5;	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, ze współczynnikiem korygującym 1,0	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywnoego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	osobodzień 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 do ukończenia 3 roku życia, żywnoego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywnoego pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 4,2
		5.15.00.0000095	5.15.00.0000096	5.15.00.0000097	5.15.00.0000098	5.15.00.0000131	5.15.00.0000143	5.15.00.0000099	5.15.00.0000100	5.15.00.0000101	5.15.00.0000102
Wycena wg katalogu NFZ	Wsp. korygujący	1	1,5	2,6	3,5	1	1,5	1	1,5	2,6	4,2
Średnia wartość NFZ w 2016 r. (PLN)		75,28 zł	75,73	75,55 zł	74,67 zł	75,00 zł	75,10	96,69 zł	98,24 zł	96,29 zł	75,28 zł
Wartość ze wsp. korygującym		75,28 zł	113,60 zł	196,43 zł	261,35 zł	75,00 zł	112,65 zł	96,69 zł	147,36 zł	250,35 zł	316,18 zł
Projekt taryfy	Wariant 1	116,71 zł	220,71 zł	220,71 zł	324,41 zł	116,71 zł	109,79 zł	190,11 zł	294,11 zł	294,11 zł	398,11 zł
Różnica w stosunku do wartości katalogowej NFZ (%)		55,03%	94,30%	12,36%	24,13%	55,61%	-2,54%	96,62%	99,59%	17,48%	25,91%
Projekt taryfy	Wariant 2	152,51 zł	256,51 zł	256,51 zł	360,51 zł	152,51 zł	152,51 zł	222,89 zł	326,89 zł	326,89 zł	430,89 zł
Różnica w stosunku do wartości katalogowej NFZ (%)		102,59%	125,81%	30,59%	37,94%	103,35%	35,38%	130,52%	121,83%	30,57%	36,28%

Nazwa świadczenia		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywnego dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywnego pozajelitowo, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, ze współczynnikiem korygującym 3,5	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego, w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,5;	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, ze współczynnikiem korygującym 1,0	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, powyżej ukończonego 3. roku życia, żywnych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,5	osobodzień 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 do ukończenia 3 roku życia, żywnych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 2,6	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, w tym również nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow oraz dzieci do ukończenia 3 roku życia, żywnych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 4,2
		5.15.00.0000095	5.15.00.0000096	5.15.00.0000097	5.15.00.0000098	5.15.00.0000131	5.15.00.0000143	5.15.00.0000099	5.15.00.0000100	5.15.00.0000101	5.15.00.0000102
Projekt taryfy	Wariant 3	211,76 zł	315,76 zł	406,00 zł	419,76 zł* 510,00 zł#	211,76 zł	153,11 zł	241,54 zł	345,54 zł	414,73 zł	449,54 zł& 518,73 zł^
Różnica w stosunku do wartości katalog. NFZ (%)		181,30%	177,97%	106,69%	60,62% 95,14%	182,35%	35,91%	149,81%	134,49%	65,66%	42,18% 64,06%

\* dla pacjentów z wynikiem 0-40 w skali Barthel, # dla pacjentów nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, & dla dzieci > 3 r.ż. z wynikiem 0-40 w skali Barthel, ^ dla nieprzytomnych dzieci i młodzieży, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow

## 4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

### 4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla świadczeń gwarantowanych obejmujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu zachowania liczby realizowanych świadczeń na niezmiennym poziomie.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych w roku 2016 oraz ich średnią wartością w danym rodzaju świadczeń. Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 332,03 mln zł (wariant 1), 613,63 mln zł (wariant 2) lub 1,12 mld zł, co odpowiada 49,82%, 91,26% lub 166,48% zwiększeniu kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2016 r.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 37 Analiza wpływu na budżet płatnika

Liczba zrealizowanych osobodni w 2016 r.		Pierwotna wartość świadczenia (mln PLN)	Wartość świadczenia po zmianach (PLN)			łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)			Różnica (mln PLN)			Różnica (%)		
			wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 2	wariant 3
5.15.00.0000095	6 808 679	511,34	116,71	152,51	211,76	794 640 926,09	1 038 391 634,29	1 441 805 865,04	283 311 970,69	527 062 678,89	930 476 909,64	55,41	103,08	181,97
5.15.00.0000096	222 814	25,32	220,71	256,51	315,76	49 177 277,94	57 154 019,14	70 355 748,64	23 854 133,94	31 830 875,14	45 032 604,64	94,20	125,70	177,83
5.15.00.0000097	561 592	110,38	220,71	256,51	406,00	123 948 970,32	144 053 963,92	228 006 352,00	13 566 894,32	33 671 887,92	117 624 276,00	12,29	30,50	106,56
5.15.00.0000098	8 189	2,14	324,71	360,51	428,78 <sup>s</sup>	2 659 050,19	2 952 216,39	3 511 312,18	520 541,19	813 707,39	1 372 803,18	24,34	38,05	64,19
5.15.00.0000131	152	0,01	116,71	152,51	211,76	17 739,92	23 181,52	32 187,52	6 339,92	11 781,52	20 787,52	55,61	103,35	182,35
5.15.00.0000143	33 580 <sup>#</sup>	3,79 <sup>^</sup>	109,79	152,51	153,11	3 686 748,20	5 121 285,80	5 141 433,80	-105 105,40	1 329 432,20	1 349 580,20	-2,77	35,06	35,59
5.15.00.0000099	115 523	11,15	190,11	222,89	241,54	21 962 077,53	25 748 921,47	27 903 425,42	10 807 371,53	14 594 215,47	16 748 719,42	96,89	130,83	150,15
5.15.00.0000100	13 504	1,99	294,11	326,89	345,54	3 971 661,44	4 414 322,56	4 666 172,16	1 976 493,44	2 419 154,56	2 671 004,16	99,06	121,25	133,87
5.15.00.0000101	24 997	6,27	294,11	326,89	414,73	7 351 867,67	8 171 269,33	10 367 005,81	1 074 888,67	1 894 290,33	4 090 026,81	17,12	30,18	65,16
5.15.00.0000102	0	0	398,11	430,89	456,46 <sup>s</sup>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
łącznie	7 789 030	672,40	-	-	-	1 007 416 319,30	1 286 030 814,42	1 791 789 502,57	335 013 528,30	613 628 023,42	1 119 386 711,57	49,82	91,26	166,48

<sup>#</sup> symulacja liczby świadczeń pacjentów z HIV/AIDS, według wzoru: 365 dni \* liczba pacjentów w obu ośrodkach (92), następnie liczbę świadczeń dla HIV/AIDS odjęto od liczby świadczeń podstawowych w 2016;

<sup>^</sup> symulacja wartości świadczeń pacjentów z HIV/AIDS i odjęto od wartości świadczeń podstawowych w 2016; <sup>s</sup> średnia ważona uwzględniająca odsetek pacjentów z wynikiem 0–40 w skali Barthel (90%) oraz pacjentów nieprzytomnych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow (10%) – dane z przebiegów referencyjnych świadczeń

## Ograniczenia:

- nie uwzględniono w analizie kosztów płatnika wynikających przepustek i pobyków pacjenta w szpitalu, jest to ok. 0,17% wszystkich wydatków na świadczenia długoterminowe w ZOL/ZPO;
- wykonano symulację liczby oraz wartości świadczeń opieki długoterminowej pacjentów z HIV/AIDS, na podstawie liczby pacjentów sprawozdanych nam przez świadczeniodawców.

#### 4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Zwiększenie wyceny świadczeń może skutkować zwiększeniem dostępności oraz poprawą jakości opieki.

Wprowadzenie proponowanych taryf będzie się też wiązało z dużym obciążeniem finansowym Płatnika.

## 5. Najważniejsze informacje i wnioski

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń. Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej: *Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*, identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, określonymi w załączniku 1 do Zarządzenia nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

### Analiza popytu i podaży

Z danych WHC wynika, że od początku 2012 r. obserwuje się stopniowe wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL/ZPO. W pierwszym kwartale 2017 r. średni czas oczekiwania do ZOL wynosił 16 miesięcy zaś do ZPO 14 miesięcy.

W 2015 roku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielało łącznie 420 świadczeniodawców. W analizowanym okresie najwięcej świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych odnotowano w województwie mazowieckim, a najmniej w województwie zachodniopomorskim.

Należy zauważyć, że nie wszystkie świadczenia charakteryzowały się taką samą dostępnością w poszczególnych województwach. Świadczenia opieki stacjonarnej długoterminowej dla dzieci zapewniało tylko 10 województw. Pacjenci nie mieli dostępu do świadczeń dla dzieci w województwie lubuskim, lubelskim, łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. W 2015 i 2016 roku funkcjonowało 15 świadczeniodawców zapewniających świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze dla dzieci. Pod opieką jednego świadczeniodawcy pozostawało od 1 do 70 dzieci w trakcie roku. Średnio na 1 świadczeniodawcę przypada 34 dzieci.

Ograniczony dostęp do świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych mieli również weterani poszkodowani. Mogli oni uzyskać świadczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze w Domu Weterana jedynie w województwie podkarpackim, warmińsko-mazurskim i mazowieckim.

W Polsce funkcjonuje dwóch świadczeniodawców realizujących świadczenia dla pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych HIV – w województwie mazowieckim i pomorskim.

Z analizy danych NFZ wynika, że najwięcej pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej w 2015 roku odnotowano w województwie mazowieckim, śląskim, małopolskim, dolnośląskim i łódzkim. Liczba pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w tych 5 województwach przekraczała w 2015 roku 52% wszystkich pacjentów objętych opieką długoterminową. Podobnie w 2016 r. z tym, że miejsce województwa łódzkiego zajęło województwo podkarpackie.

Największą grupę pacjentów, u których w 2015 roku wykonywane były świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze stanowiły osoby przebywające w ZOL/ZPO, które uzyskały od 0 do 40 punktów w skali Barthel. Bardzo nieliczną grupę pacjentów na tle wszystkich osób objętych stacjonarną opieką

długoterminową stanowią dzieci i młodzież. Najmniej pobyków odnotowano w przypadku pacjentów przebywających w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL.

W 2015 roku średnia cena dla produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 (osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0), w ramach którego objęto opieką największy odsetek pacjentów, wyniosła dla całego kraju 74,66 zł i utrzymywała się na zbliżonym poziomie w poszczególnych województwach, natomiast w 2016 roku średnia cena produktu nieznacznie wzrosła i wynosiła 75,73 zł. W przypadku analogicznego produktu dla dzieci w zależności od świadczeniodawcy i województwa cena wynosiła od 92 do 108 zł.

Łączna wartość wszystkich udzielanych świadczeń (z uwzględnieniem pobyków w szpitalu i przepustek) w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej, które zostały rozliczone z płatnikiem, wyniosła w 2015 r. 649 236 962 zł, zaś w 2016 r. 654 166 310,9 zł. Oznacza to wzrost wydatków Płatnika publicznego o 4 929 348,88 zł (o 0,76% łącznych wydatków świadczeń stacjonarnej opieki długoterminowej).

Zdecydowanie największe wydatki związane są z opieką nad osobami dorosłymi z wynikiem 0–40 w skali Barthel (76%), następnie z opieką nad osobami dorosłymi, które uzyskały 0 punktów w skali Barthel i były żywione dojelitowo (17%), na 3 miejscu znajdują się wydatki ponoszone na opiekę nad dorosłymi z wynikiem w skali Barthel 0–40, którzy są żywieni dojelitowo. Najmniejsze wydatki są związane z opieką nad poszkodowanymi weteranami przebywającymi w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL, jednak wiąże się to bezpośrednio z niewielką liczebnością tej grupy pacjentów.

Niezależnie od roku, a także niezależnie od tego czy analizuje się wartość świadczeń udzielonych czy rozliczonych, największe wydatki związane ze stacjonarną opieką długoterminową ponosiły województwo mazowieckie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie i podkarpackie. Natomiast największa dysproporcja pomiędzy wartością świadczeń udzielonych a wartością świadczeń rozliczonych w 2015 roku dotyczyła województwa kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego, zaś w 2016 roku województwa podkarpackiego, mazowieckiego i małopolskiego. Należy podkreślić, że dysproporcja pomiędzy wartością udzielonych a rozliczonych świadczeń była dużo wyższa w 2016 roku.

### **Taryfy w innych krajach**

W trakcie poszukiwania informacji o taryfach zagranicznych dla świadczeń zdrowotnych, które w Polsce są realizowane w ZOL/ZPO odnaleziono informacje o sposobie finansowania przedmiotowych świadczeń w 15 krajach (Australia, Austria, Belgia, Francja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Kanada, Niemcy, Szwecja, Norwegia, Szwajcaria, Wielka Brytania, Włochy).

Poziom finansowania opieki długoterminowej jest zróżnicowany w zależności od wielu czynników. Na sposób finansowania może składać się ubezpieczenie społeczne, system oparty na podatkach, a także ubezpieczenie prywatne. W większości krajów europejskich pacjenci uiszczają dopłaty, które stanowią określony odsetek dochodu. W niektórych krajach takich jak Belgia czy Francja dopłaty obejmują pokrycie kosztów zakwaterowania i żywienia, a także określonych rodzajów opieki.

W części krajów stawka uzależniona jest od czasu pobytu w placówce opieki długoterminowej, jednak w niektórych krajach obowiązuje całkowita płatność świadczeniobiorcy, natomiast publiczne finansowanie jest wymagane tylko wtedy, gdy świadczeniobiorca nie jest w stanie pokryć opłaty.

## Ceny komercyjne

Przeanalizowano informacje od 30 świadczeniodawców, którzy udostępnili cenniki na swojej stronie internetowej, z czego 24 świadczeniodawców stanowiły zakłady opiekuńczo-lecznicze, a 6 zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Świadczeniodawcy wskazywali cenę za dobę pobytu w zakładzie. Ponadto pozyskane informacje zawierają ceny dodatkowych usług takich jak rehabilitacja, konsultacja i terapia psychologiczna czy terapia logopedyczna, które w warunkach komercyjnych opłacane są oddzielnie poza kosztem osobodnia. Łącznie pozyskano 30 cen osobodnia oraz 28 cen usług dodatkowych.

Odnalezione ceny osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wahały się w zakresie od 50 do 220 zł, natomiast ceny osobodnia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wahały się od 100 do 120 zł.

## Analiza kosztów

Ze względu na brak możliwości zgromadzenia szczegółowych danych kliniczno-kosztowych od świadczeniodawców, koszty opieki długoterminowej zdecydowano się obliczyć na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych w 3 wariantach:

- Wariant 1 – analiza danych finansowo-księgowych (FK) zgodnie z przyjętą metodyką taryfikacji świadczeń;
- Wariant 2 – wyliczenie kosztu w oparciu o model jednostki optymalnej.
- Wariant 3 – wyliczenie kosztu na podstawie przebiegu referencyjnego świadczeń.

### Wariant 1

W oparciu o analizę danych finansowo księgowych obliczono koszt osobodnia dla:

- Dorosłych w ZOL/ZPO bez żywienia do/pozajelitowego – 116,55 zł,
- Dzieci w ZOL/ZPO bez żywienia do/pozajelitowego – 190,11 zł (zakres [ ] dla poszczególnych ośrodków)
- Dla pacjentów z HIV/AIDS – 109,85 zł (zakres [ ] dla poszczególnych ośrodków).

Obliczenia zwłaszcza dla dzieci i pacjentów z HIV/AIDS są obciążone ograniczeniami wynikającymi z małej ilości danych, a także dużym zróżnicowaniem organizacyjnym pomiędzy świadczeniodawcami.

### Wariant 2

Kolejną z metod obliczenia rzeczywistych kosztów stałych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych było utworzenie modelu jednostki optymalnej. Jednostka optymalna ZOL/ZPO dla dorosłych została przygotowana w oparciu o założenia przygotowane przez ekspertów i rzeczywiste dane FK pochodzące z ZOL/ZPO dla dorosłych, z wyłączeniem placówek udzielających świadczeń pacjentom z HIV/AIDS. Optymalne wykorzystanie zasobów odnotowuje się przy 60 łóżkach, gdzie koszt osobodnia (bez żywienia dojelitowego/ pozajelitowego) jest najniższy i wynosi 152,56 zł.

Jednostka optymalna ZOL/ZPO dla dzieci i młodzieży została wymodelowana w oparciu o założenia przygotowane przez ekspertów i rzeczywiste dane FK pochodzące z ZOL/ZPO dla dorosłych, z wyłączeniem placówek udzielających świadczeń pacjentom z HIV/AIDS. Wykorzystano dane finansowo-księgowe z ZOL/ZPO dla dorosłych, ze względu na uzyskanie danych finansowo-księgowych tylko od 2 podmiotów udzielających świadczeń dzieciom. Należy przy tym zauważyć, że same założenia parametryczne do jednostki optymalnej zostały przygotowane dla zakładu opiekującego się dziećmi powyżej 3 r.ż. Można zauważyć, że minimum, podobnie jak w przypadku ZOL/ZPO dla dorosłych, znajduje się na poziomie 60 łóżek.



Należy jednak zauważyć, że ZOL/ZPO dla dzieci zazwyczaj nie opiekują się aż tak dużą liczbą osób – średnia liczba pacjentów przypadająca na 1 ZOL/ZPO dla dzieci wynosi 34. W takim przedziale zasoby będą optymalnie wykorzystane przy 30 łózkach, co wiąże się kosztem osobodnia na poziomie 222,92 zł.

### Wariant 3

Z względu na fakt, iż wielu świadczeniodawców, z powodu braku elektronicznej dokumentacji pacjentów, nie było w stanie samodzielnie oszacować rzeczywistego ponoszonego kosztu osobodnia, jednocześnie zdecydowano się na ustalenie taryfy świadczeń w oparciu o referencyjne przebiegi świadczeń przygotowane przez ekspertów klinicznych współpracujących z Agencją.

Dla opieki długoterminowej w ZOL/ZPO przygotowano przebiegi referencyjne dla dwóch podstawowych grup pacjentów: oddzielnie dla dorosłych oraz pacjentów pediatrycznych, a także przebieg dla pacjentów z HIV/AIDS. Zarówno w przypadku świadczeń dla dorosłych jak i dzieci przygotowane przebiegi obrazowały typowy rodzaj opieki nad dwiema populacjami pacjentów: z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz tych, którzy uzyskali 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, w tym również nieprzytomnych.

Poniżej przedstawiono łączne koszty osobodnia uwzględniające mnożnik dla następujących grup pacjentów:

- Pacjenci dorośli:
  - z wynikiem 0–40 w skali Barthel: 211,89 zł,
  - z Barthel 0, GCS ≤ 8: 302,04 zł
- Dzieci i młodzież:
  - z wynikiem 0–40 w skali Barthel: 241,49 zł–254,27 zł w zależności od przyjętych założeń,
  - z Barthel 0, GCS ≤ 8: 310,72 zł–326,14 zł w zależności od przyjętych założeń,
- Pacjenci z HIV/AIDS: 152,97 zł–174,88 zł w zależności od przyjętych założeń.

Wśród ograniczeń należy wymienić brak opracowanego przebiegu referencyjnego dla dzieci poniżej 3 roku życia, cenniki dla zasobów zmiennych z lat 2013–2014 oraz małą liczbę danych dla ZOL dla dzieci i młodzieży oraz pacjentów z HIV/AIDS.

### Propozycja taryfy

Propozycję taryfy przygotowano w 3 wariantach, które wynikają bezpośrednio z trzech wariantów analiz kosztowych. Wartość punktowa została obliczona w odniesieniu do świadczenia bazowego w opiece długoterminowej, tj. „osobodnia za świadczenia pielęgnarskie w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania” (30,08 zł).

**Wariant pierwszy**, oszacowany w oparciu o dane finansowo-księgowe świadczeniodawców, przewiduje ograniczenie liczby produktów rozliczeniowych NFZ do trzech:

- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych oszacowany na 3,88 pkt (116,71 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci oszacowany na 6,32 pkt (190,11 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS oszacowany na 3,65 pkt (109,79 zł).

**Wariant drugi**, ustalony w oparciu o teoretyczny model jednostki optymalnej (ośrodek o wielkości pozwalającej na optymalne wykorzystanie zasobów), przewiduje ograniczenie liczby produktów do dwóch:

- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych oszacowany na 5,07 pkt (151,51 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci oszacowany na 7,41 pkt (222,89 zł).

**Wariant trzeci**, ustalony w oparciu o eksperckie przebiegi referencyjne, przewiduje ograniczenie liczby produktów do pięciu:

- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych z Barthel 0-40 oszacowany na 7,04 pkt (211,76 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dorosłych z Barthel 0, GCS  $\leq$  8 oszacowany na 10,04 pkt (302,00 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci z Barthel 0-40 oszacowany na 5,09 pkt (153,11 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla dzieci z Barthel 0, GCS  $\leq$  8 oszacowany na 8,03 pkt (241,54 zł),
- osobodzień w ZOL/ZPO dla pacjentów z HIV/AIDS oszacowany na 10,33 pkt (310,73 zł).

Z uwagi na to, że nie udało się pozyskać danych i ustalić kosztów świadczeń dla osobodnia pobytu w ZOL/ZPO dla weteranów poszkodowanych a także dla dzieci do 3 lat, możliwe rozwiązania obejmują: pozostawienie wycen dla tych świadczeń na obecnym poziomie lub przypisanie ich do, odpowiednio: produktu osobodzień dla dorosłych i produktu osobodzień dla dzieci/ osobodzień dla dzieci z Barthel 0, GCS  $\leq$  8.

W każdym z wariantów przewiduje się ponadto, wzorem poprzednich projektów taryf z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, zastąpienie produktów zawierających współczynniki korygujące dla pacjentów (zarówno dla dorosłych i dla dzieci) żywionych dojelitowo lub pozajelitowo możliwością dosumowania produktów związanych z żywieniem dojelitowym, pozajelitowym kompletnym i częściowym, analogicznie i w wysokościach jak w katalogu świadczeń do sumowania w rodzaju leczenie szpitalne (104 PLN w przypadku żywienia dojelitowego, 104 PLN w przypadku żywienia pozajelitowego częściowego oraz 208 PLN w przypadku całkowitego żywienia pozajelitowego).

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 332,03 mln zł (wariant 1), 613,63 mln zł (wariant 2) lub 1,12 mld zł, co odpowiada 49,82%, 91,26% lub 166,48% zwiększeniu kosztów w obszarze analizowanych świadczeń w stosunku do 2016 r.

Zwiększenie wyceny świadczeń może skutkować zwiększeniem dostępności oraz poprawą jakości opieki. Wprowadzenie proponowanych taryf będzie się też wiązało z dużym obciążeniem finansowym Płatnika.

## 6. Bibliografia

- Banerjee, A. (2007). *An Overview of Long-Term Care in Canada and Selected Provinces and Territories*. Pobrano z lokalizacji [http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/banerjee\\_overviewLTC.pdf](http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/banerjee_overviewLTC.pdf) (data dostępu: 18.04.2017 r.)
- Bank Światowy. (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*.
- Barańkiewicz, G. (2006). *Zasady poradnictwa i opieki nad osobami zakażonymi HIV*. W Halota W. i J. Juszczak, *HIV/AIDS Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Bielawska, J. (2015). *Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej*.
- Błędowski, P. i Maciejasz, M. (2013). *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*. *Nowiny Lekarskie*(82). Pobrano z lokalizacji [http://www.medicalnews.ump.edu.pl/uploads/2013/1/61\\_1\\_82\\_2013.pdf](http://www.medicalnews.ump.edu.pl/uploads/2013/1/61_1_82_2013.pdf) (data dostępu: 3.02.2016 r.)
- Błędowski, P. i Wilmowska-Pietruszyńska, A. (2009). *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce - problemy i propozycje rozwiązań*. Pobrano z lokalizacji [https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2012/10/ps\\_7\\_2009\\_p\\_bledowski\\_a\\_wilmowska.pdf](https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2012/10/ps_7_2009_p_bledowski_a_wilmowska.pdf) (data dostępu: 3.02.2017 r.)
- Bocquaire, E. (2016). *Long-Term Care Coverage in Europe*. *Long term care news*(41).
- Chabiński, A. (2016). *Opieka medyczna nad osobami zakażonymi HIV w Polsce*. Pobrano z lokalizacji *Medycyna Praktyczna*: <http://www.mp.pl/aids/wywiady/153819,opieka-medyczna-nad-osobami-zakazonymi-hiv-wpolsce> (data dostępu: 30.05.2017 r.)
- Colello, K. J. (2016). *Long-Term Care Services for Veterans*. Pobrano z lokalizacji <https://www.hsd.org/?view&did=797216> (data dostępu: 12.04.2017 r.)
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R. i Pickard, L. (2012). *From Commission to Commission: financing long-term care in England*. W *Financing Long-Term Care in Europe*.
- Costa-Font, J. i Courbage, C. (2012). *Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*.
- Courbage, C. (2012). *Financing Long-Term Care in France*. W J. Costa-Font i C. Courbage, *Financing Long-Term in Europe*.
- Dąbrowska-Jędral, M. (2008). *Fakty na temat HIV i AIDS dla pielęgniarek i położnych*. Warszawa.
- Department of Human Services, C. (2017). *Veterans Community Living Centers*. Pobrano z lokalizacji <https://sites.google.com/a/state.co.us/cdhs-vclc/our-homes/walsenburg/rates-and-payment> (data dostępu: 12.04.2017 r.)
- Fernanda Gutierrez, L., Jimenez-Martin, S. i Sanchez, R. (2010). *The long-term care system for the elderly in Spain*. Pobrano z lokalizacji [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20\\_ANCIEN\\_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2088%20Spain.pdf) (data dostępu: 10.04.2017 r.)
- Filarski, T. i Sroka, T. (2014). *Zrozumieć pacjenta. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*. Pobrano z lokalizacji [http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/Zrozumiec-prawa-pacjenta\\_srodek-wyd-II\\_2015.pdf](http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/Zrozumiec-prawa-pacjenta_srodek-wyd-II_2015.pdf) (data dostępu: 12.02.2017 r.)
- Fundacja Watch Health Care. (2013). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 5/2/2013. Stan na czerwiec-lipiec 2013*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2012). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2012). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 3/3/2012. Stan na październik-listopad*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2013). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 4/1/2013. Stan na luty-marzec 2013*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2013). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 6/3/2013. Stan na październik-listopad 2013*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2014). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 7/1/2014. Stan na luty-marzec 2014 r*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2014). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 8/2/2014. Stan na czerwiec/lipiec 2014 r*. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2014). *Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 9/3/2014. Stan na październik/listopad 2014 r*. Kraków.

- Fundacja Watch Health Care. (2015). Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 10/1/2015. Stan na marzec 2015 r. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2015). Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 11/2/08/2015. Stan na czerwiec/lipiec 2015 r. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2015). Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 12/3/12/2015. Stan na październik/listopad 2015 r. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2016). Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 13/1/04/2016. Stan na luty/marzec 2016 r. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2016). Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 14/2/08/2016. Stan na czerwiec/lipiec 2016 r. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2016). Barometr WHC. Raport na temat zmian w zakresie dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 15/3/12/2016. Stan na październik/listopad 2016 r. Kraków.
- Fundacja Watch Health Care. (2017). Barometr WHC. Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 16/1/04/2017. Stan na luty/marzec 2017 r. Kraków.
- Health Transition Fund, Health Canada. (2002). Study of the costs and outcomes of home care and residential long term care services. Pobrano z lokalizacji [http://www.homecarestudy.com/reports/full-text/substudy-05-final\\_report.pdf](http://www.homecarestudy.com/reports/full-text/substudy-05-final_report.pdf) (data dostępu: 1.06.2017 r.)
- High, K. P., Brennan-Ing, M. i Clifford, D. (2012). HIV and Aging: State of Knowledge and Areas of Critical Need for Research. A Report to the NIH Office of AIDS Research by the HIV and Aging Working Group. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. Pobrano z lokalizacji [http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2012/07011/HIV\\_and\\_Aging\\_\\_State\\_of\\_Knowledge\\_and\\_Areas\\_of.1.aspx](http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2012/07011/HIV_and_Aging__State_of_Knowledge_and_Areas_of.1.aspx) (data dostępu: 30.05.2017 r.)
- Hoos, D., Chorost, S. i Thomas, C. (2000). HIV/AIDS and Long-Term Care: a State Perspective. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 77(2), strony 232–243. Pobrano 05 26, 2017 z lokalizacji [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456127/pdf/11524\\_2006\\_Article\\_BF02390534.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456127/pdf/11524_2006_Article_BF02390534.pdf)
- Hosein, S. (2014). Long-term HIV infection and health-related quality of life. Pobrano z lokalizacji <http://www.catie.ca/en/catienews/2014-10-21/long-term-hiv-infection-and-health-related-quality-life> (data dostępu: 30.05.2017 r.)
- Hosein, S. (2016). Older people with HIV face different long-term health challenges. Pobrano z lokalizacji <http://www.catie.ca/en/catienews/2016-03-23/older-people-hiv-face-different-long-term-health-challenges> (data dostępu: 30.05.2017 r.)
- Karlsson, M., Iversen, T. i Oien, H. (2012). Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models. W J. Costa-Font i C. Courbage.
- Kędziora-Kornatowska, K., Muszalik, M. i Skolmowska, E. (2010). Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Warszawa: PZWŁ.
- Komisja Europejska. (2008). Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej. Pobrano z lokalizacji <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QYY21ahCxyk:ec.europa.eu/social/BlobServlet%3FdocId%3D2781%26langId%3Dpl+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b> (data dostępu: 3.04.2017 r.)
- Komisja Europejska. (2013). The indirect costs of long-term care.
- Komisja Europejska. (2014). Long-term care – the problem of sustainable financing.
- Kuźmicz, I. (2012). Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce. Kraków. Pobrano z lokalizacji <http://dl.cm-uj.krakow.pl:8080/Content/3578/Praca%20doktorska,%20Ku%C5%BAmicz%20Ilona.pdf> (data dostępu: 16.02.2017 r.)
- Kuźmicz, I., Brzostek, T. i Górkiewicz, M. (2014). Występowanie odleżyn a sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych, objętych stacjonarną opieką długoterminową w Polsce. Problemy pielęgniarstwa.
- Long Term Care in Nova Scotia. (2017). Long Term Care in Nova Scotia 2016. Pobrano z lokalizacji <https://www.sunlife.ca/files/advisorabc/english/pdf/Completereport-LTC-Costs-NS.pdf> (data dostępu: 12.04.2017 r.)
- MacDonald, M. (2015). Regulating individual charges for long-term care in Canada. Studies in Political Economy.
- Markiewicz, I. i Ksykiewicz-Dorota, A. (2009). Czas pracy na pielęgniarskich stanowiskach w zakładach opieki długoterminowej. Zdrowie Publiczne.
- Medycyna Praktyczna. (2010). Skala śpiączki Glasgow. Pobrano z lokalizacji Medycyna Praktyczna: <http://www.mp.pl/oit/wpraktyce/54995,skala-spiaczki-glasgow> (data dostępu: 16.02.2017 r.)
- Medycyna Praktyczna. (2016). Opieka paliatywna nad osobą zakażoną HIV. Pobrano z lokalizacji <http://www.mp.pl/aids/ekspert/145984,opieka-paliatywna-nad-osoba-zakazona-hiv> (data dostępu: 30.05.2017 r.)

- Medycyna Praktyczna. (2017). Pobrano z lokalizacji <http://www.mp.pl/interna/table/B16.1.33-2>. (data dostępu: 16. 02.2017 r.)
- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. (1999). Organizacja zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Pobrano z lokalizacji [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/zpo\\_stand.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zpo_stand.pdf) (data dostępu: 13.02.2017 r.)
- Mitek, A. (2014). Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*(67).
- Mot, E. (2010). The long-term care system for the elderly in the Netherlands. Pobrano z lokalizacji [http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/LTCSYSTeminThe%20Netherlands\\_RR90.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/LTCSYSTeminThe%20Netherlands_RR90.pdf) (data dostępu: 11.04.2017 r.)
- Nursing Home Ratings. (2017). Manitoba Nursing Homes. Pobrano z lokalizacji [Nursing Home Ratings: http://www.nursinghomeratings.ca/understand-the-nursing-home-system/manitoba](http://www.nursinghomeratings.ca/understand-the-nursing-home-system/manitoba) (data dostępu: 12.04.2017 r.)
- OECD. (2011). Can we get better value of money in long-term care? *W Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Pobrano z lokalizacji <http://www.oecd.org/els/health-systems/47885662.pdf> (data dostępu: 11.04.2017 r.)
- OECD. (2012). Long term care data: progress and proposed next steps. Pobrano z lokalizacji [http://www.oecd.org/els/health-systems/Item%204\\_0\\_LTC.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Item%204_0_LTC.pdf) (data dostępu: 3.04.2017 r.)
- Ontario Advisory Committee on HIV/AIDS. (2016). CHANGING THE COURSE OF THE HIV PREVENTION, ENGAGEMENT AND CARE CASCADE IN ONTARIO. HIV/AIDS STRATEGY TO 2026.
- Riedel, M. i Kraus, M. (2010). The long-term care system for the elderly in Austria. Pobrano z lokalizacji <http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPR%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria%20Rev1.pdf> (data dostępu: 12.04.2017 r.)
- Rodrigues, R. (2014). Long-term care – the problem of sustainable financing.
- Rodrigues, R., Huber, M. i Lamura, G. (2012). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America. Wiedeń: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Pobrano z lokalizacji [http://www.euro.centre.org/data/LTC\\_Final.pdf](http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf) (data dostępu: 13.02.2017 r.)
- Selwyn, P., Goulet, J., Molde, S., Constantino, J., Fennie, K., Wetherill, P., . . . Kennedy, C. (2000). HIV as a Chronic Disease: Implications for Long-Term Care at AIDS-Dedicated Skilled Nursing Facility. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 77(2), strony 187–203. Pobrano 05 26, 2017 z lokalizacji [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456125/pdf/11524\\_2006\\_Article\\_BF02390530.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456125/pdf/11524_2006_Article_BF02390530.pdf)
- Stadnyk, R. (2009). Three Policy Issues in Deciding the Cost of Nursing Home Care: Provincial Differences and How They Influence Elderly Couples' Experiences. Halifax. Pobrano z lokalizacji <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732660/pdf/policy-05-e132.pdf> (data dostępu: 12.04.2017 r.)
- Stein, R. (2001). Challenges in Long-Term Health Care for Children. *Ambulatory Pediatrics*.
- Szwałkiewicz, E. (2003). Warunki funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce. *Medi*(4/2003). Pobrano z lokalizacji <http://www.dps.pl/radar/metody/warunki1.php> (data dostępu 2.02.2017 r.)
- Tediosi, F. i Gabriele, S. (2010). The long-term care system for the elderly in Italy. *European Network of Economic Policy Research Institutes*.
- Toczyńska, A., Krajewska-Kulak, E. i Łukaszuk, C. (2012). Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Problemy Pielęgniarstwa*, 20(3), strony 369–379.
- Toczyńska, A., Krajewska-Kulak, E. i Łukaszuk, C. (2012). Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Problemy Pielęgniarstwa*.
- Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. św Łazarza” w Krakowie. (2010). Opieka długoterminowa oraz paliatywna i hospicyjna. Informator. Kraków.
- Werachowska, L., Damps-Konstańska, I. i Janowicz, A. (2013). Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekłymi chorymi i starszymi pacjentami. *Problemy Pielęgniarstwa*.
- Wiktor, K., Drozdowska, B. i Czekajło, A. (2010). Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. Pobrano z lokalizacji [http://annales.sum.edu.pl/archiwum\\_publicacje/2010\\_64\\_56\\_10.pdf](http://annales.sum.edu.pl/archiwum_publicacje/2010_64_56_10.pdf) (data dostępu: 8.02.2017 r.)

## 7. Spis tabel i rysunków

Tabela 1 Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, które były przedmiotem taryfikacji .....	6
Tabela 2 Ocena pacjenta według skali Barthel (Wiktor, Drozdowska i Czekajło, 2010, strony 78-79) .....	10
Tabela 3 Skala Glasgow (Medycyna Praktyczna, 2017) .....	11
Tabela 4 Wybrane problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie (Kędziora-Kornatowska, Muszaliak i Skolmowska, 2010)) .....	12
Tabela 5 Grupy rozpoznai u badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (Kuźmicz, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 37) .....	15
Tabela 6 Charakterystyka kliniczna i czynniki ryzyka u pacjentów przyjętych do zakładu opieki długoterminowej dla chorych na AIDS (Hoos, Chorost i Thomas, 2000) .....	22
Tabela 7 Podstawowa choroba neurologiczna lub psychiatryczna u osób przebywających w zakładzie opieki długoterminowej dla chorych na HIV/AIDS (n=180)* (Hoos, Chorost i Thomas, 2000) .....	23
Tabela 8 Leki przyjmowane przez pacjentów zakładu opieki długoterminowej dla osób z HIV/AIDS (n=180) (Hoos, Chorost i Thomas, 2000) .....	23
Tabela 9 Warunki udzielania świadczeń .....	31
Tabela 10 Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych .....	36
Tabela 11 <i>Ośrodki opiekuńczo-wychowawcze i placówki opiekuńczo-terapeutyczne wraz z finansowaniem przypadającym na każde dziecko (opracowanie własne)</i> .....	40
Tabela 12 Liczba pacjentów objętych świadczeniami opieki długoterminowej w 2015 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	44
Tabela 13 Liczba pacjentów objętych świadczeniami opieki długoterminowej w 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	44
Tabela 14 Liczba pacjentów, których objęto świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi w podziale na województwa w 2015 r. wraz z przeliczeniem na 10 tys. mieszkańców (źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ) .....	45
Tabela 15 Liczba pacjentów objętych świadczeniami stacjonarnej opieki długoterminowej, rozliczanymi z Płatnikiem w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych w 2015 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	47
Tabela 16 Liczba pacjentów objętych świadczeniami stacjonarnej opieki długoterminowej, rozliczanymi z Płatnikiem w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych w 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	47
Tabela 17 Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w podziale na województwa w 2015 r. wraz z przeliczeniem na 10 i 100 tys. mieszkańców (opracowanie własne na podstawie danych z NFZ i GUS) .....	50
Tabela 18 Liczba dzieci będących pod opieką świadczeniodawców w 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	51
Tabela 19 Średnia cena produktów rozliczeniowych w 2015 i 2016 r. (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	52
Tabela 20 Liczba oraz wartość udzielonych/rozliczonych osobodni w latach 2015–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	57
Tabela 21. Wartość świadczeń udzielonych/rozliczonych w latach 2015–2016 w poszczególnych województwach .....	58
Tabela 22 Wady i zalety głównych sposobów finansowania opieki długoterminowej w krajach europejskich (Rodrigues, Long-term care – the problem of sustainable financing, 2014, str. 8) .....	66
Tabela 23 Zasady dopłat uiszczanych przez pacjentów w długoterminowej opiece instytucjonalnej (Komisja Europejska, 2014, str. 12) .....	68
Tabela 24 <i>Przegląd rozwiązań systemowych i kosztów opieki długoterminowej w różnych krajach</i> .....	69
Tabela 25 <i>Rozkład kosztów ponoszonych przez poszczególnych płatników za opiekę długoterminową stacjonarną w 2008 roku w Szwajcarii</i> .....	78
Tabela 26 <i>Koszty opieki instytucjonalnej dla weteranów w USA (Department of Human Services, 2017, str. 23)</i> .....	81
Tabela 27 Cenniki komercyjne osobodnia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym (zakres, średnia) .....	83
Tabela 28 Informacje dotyczące przeprowadzonych postępowań .....	86
Tabela 29 Specyfika zakładów opiekuńczo-leczniczych udzielających świadczeń opieki długoterminowej pacjentom zakażonym HIV/AIDS w Polsce (opracowanie własne) .....	88
Tabela 30 Wyniki analizy kosztów w oparciu o dane finansowo-księgowe .....	93
Tabela 31 Składowe kosztu osobodnia .....	94
Tabela 32 Zbiornicze wyniki kosztów świadczeń dla ZOL/ZPO (po odcięciach metodą box plot) obliczone na podstawie danych z tabeli 4, przed i po uwzględnieniu dopłat pacjentów .....	96
Tabela 33 Statystyki kosztów zmiennych oraz osobodnia (po odcięciach metodą box plot) na podstawie tabeli 4 .....	96

Tabela 34 Zestawienie kosztów osobodnia pobytu w ZOL/ZPO uzyskanych na podstawie przebiegów referencyjnych .....	102
Tabela 35 Zestawienie 3 wariantów osobodnia pobytu w ZOL/ZPO (PLN).....	103
Tabela 36 Projekty taryf w trzech wariantach przy proponowanych produktach rozliczeniowych NFZ .....	104
Tabela 37 Projekty taryf w odniesieniu do istniejących produktów rozliczeniowych NFZ.....	105

## Spis rycin

Rycina 1. Najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekle chorego w opinii ankietowanych objętych opieką długoterminową w ZOL (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszuk, 2012) .....	16
Rycina 2. Ocena jakości życia pacjentów ZOL w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszuk, 2012) .....	17
Rycina 3. Średni czas oczekiwania (w miesiącach) na pobyt w ZOL/ZPO (opracowanie własne na podstawie danych WHC (Fundacja Watch Health Care, 2012; Fundacja Watch Health Care, 2012; Fundacja Watch Health Care, 2013; Fundacja Watch Health Care, 2013; Fundacja Watch Health Care, 2013; Fundacja Watch Health Care, 2014; Fundacja Watch Health Care, 2014; Fundacja Watch Health Care, 2014; Fundacja Watch Health Care, 2015; Fundacja Watch Health Care, 2015) (Fundacja Watch Health Care, 2015; Fundacja Watch Health Care, 2016; Fundacja Watch Health Care, 2016; Fundacja Watch Health Care, 2016; Fundacja Watch Health Care, 2017).....	42
Rycina 4. Liczba pacjentów objętych świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w podziale na produkty rozliczeniowe (opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS za 2015 r.) .....	46
Rycina 5. Udział świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w podziale na województwa (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	50
Rycina 6. Średnia cena produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000095 w latach 2015–2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ).....	53
Rycina 7. Średnia cena produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000099 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	54
Rycina 8. Średnia cena produktu rozliczeniowego 5.15.00.0000131 w 2015 roku (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	55
Rycina 9. Udział poszczególnych świadczeń w łącznej wartości rozliczonych w 2016 r stacjonarnych świadczeń opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie danych NFZ).....	56
Rycina 10. Wartość rozliczonych osobodni w ramach poszczególnych produktów w latach 2015 –2016 (opracowanie własne na podstawie danych NFZ) .....	56
Rycina 11. Częstość występowania trudności w samoobsłudze (w %) (Błędowski i Maciejasz, Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje, 2013) .....	60
Rycina 12. Udział pacjentów objętych opieką stacjonarną w podziale na grupy wiekowe i kraje (opracowanie własne na podstawie (Rodrigues, Huber i Lamura, Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Europe and North America, 2012, str. 91) .....	64
Rycina 13 Liczba osób powyżej 65 roku życia korzystających z długoterminowej opieki instytucjonalnej (na populację 1 000 osób) w 2010 roku (OECD, 2012) .....	67
Rycina 14. Wydatki na opiekę długoterminową (domową i stacjonarną) w Szwajcarii w latach 1997-2008 (Costa-Font i Courbage, 2012, str. 283) .....	78
Rycina 15. Zależność kosztu osobodnia od wielkości jednostki.....	99
Rycina 16. Zależność kosztu osobodnia od wielkości jednostki.....	100
Rycina 17. Schemat – referencyjny koszt świadczenia .....	101

## 8. Załączniki

- Załącznik 1. Cenniki komercyjne usług pielęgnacyjno-opiekuńczych
- Załącznik 2. Wykaz umów podpisanych ze świadczeniodawcami, którzy przekazali dane wykorzystane do ustalenia taryfy świadczeń
- Załącznik 3. Założenia modelu jednostki optymalnej w opiece długoterminowej dla dorosłych
- Załącznik 4. Założenia modelu jednostki optymalnej w opiece długoterminowej dla dzieci
- Załącznik 5. Przebieg referencyjny świadczeń w opiece długoterminowej dla dorosłych
- Załącznik 6. Przebieg referencyjny świadczeń w opiece długoterminowej dla dzieci
- Załącznik 7. Przebieg referencyjny świadczeń w opiece długoterminowej dla pacjentów z HIV/AIDS
- Załącznik 8. Opis oszacowania mnożnika zmian wielkości kosztów
- Załącznik 9. Zestawienie surowych danych kosztowych świadczeniodawców w podziale na produkty rozliczeniowe NFZ