



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.541.10.2019

data ukończenia 18.09.2019

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AIS	Skala Akceptacji Choroby
ARV	terapia antyretrowirusowa
bd.	brak danych
CHN	<i>Community Nursing Homes</i>
CLC	<i>Community Living Centers</i>
CPL	względne poziomy cen (ang. <i>comparative price levels</i>)
DPS	Dom Pomocy Społecznej
EMA	<i>European Medicines Agency</i>
FK	dane finansowo-księgowe
GCS	Skala Glasgow do oceny świadomości (ang. <i>Glasgow Coma Scale</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HAART	terapia antyretrowirusowa stosowana w przypadku zakażenia HIV (ang. <i>highly active antiretroviral therapy</i>)
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
MMSE	krótka skala oceny stanu umysłowego (ang. <i>Mini-Mental State Exam</i>)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik/Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
OUN	ośrodkowy układ nerwowy
PKB	produkt krajowy brutto
PL	produkt leczniczy
PPP	parytet siły nabywczej (ang. <i>purchasing power parity</i>)
SZOI	System Zarządzania Obiegiem Informacji
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)
UGUL	uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego
Ustawa o weteranach	Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. 2019 r. poz. 1569).
WHC	Fundacja <i>Watch Health Care</i>
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WM	wyrób medyczny
VA	<i>The United States Department of Veterans Affairs</i>
ZOL	zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPO	zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Taryfikowane świadczenie.....	5
2.1. Charakterystyka świadczenia	5
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	20
2.3. Analiza popytu i podaży.....	36
2.4. Stan finansowania w innych krajach	44
2.5. Cenniki komercyjne	45
2.6. Uwagi do świadczenia	45
3. Projekt taryfy.....	46
3.1. Pozyskanie danych.....	46
3.2. Analiza danych.....	46
3.3. Analiza wrażliwości.....	48
3.4. Projekt taryfy.....	48
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	50
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	50
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	57
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	58
6. Bibliografia	68
7. Spis tabel i rysunków	70
8. Załączniki.....	71

1. Problem decyzyjny

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: zlecenie Ministra Zdrowia z 2.09.2019 r., znak .JA (data wpływu do AOTMiT 4.09.2019), w związku z art. 311a ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu III Planu Taryfikacji na rok 2019, tj.: „*Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”, w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

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 lub 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:

- 5.15.00.0000182 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel,
 - 5.15.00.0000185 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow,
 - 5.15.00.0000197 - osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL,
 - 5.15.00.0000188 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 – 40 w skali Barthel,
 - 5.15.00.0000190 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow.
-

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

Wszystkie świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były przedmiotem taryfikacji w latach 2016–2018 r. Od czasu wydania obwieszczeń Prezesa AOTMiT zaszyły zmiany dotyczące: nazwy i kodów produktów rozliczeniowych. Szczegółowe dane przedstawiono w załączniku nr 1.

Zgodnie z rekomendacjami Rady ds. Taryfikacji opublikowanymi w *Stanowisku Rady ds. Taryfikacji nr 5/2017 z dnia 22 grudnia 2017 r. ws. Taryfy dla „Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”*, w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej uwzględniono stopniowe zwiększanie taryfy przez 5 lat.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

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

Nazwa czynności
Spożywanie posiłków
0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść
5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety
10 = samodzielny, niezależny
Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie
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
Utrzymanie higieny osobistej
0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych
5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu
Korzystanie z toalety
0 = Zależny
5 = Potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam
10 = Niezależny w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby, podcieraniu się
Mycie, kąpiel całego ciała

Nazwa czynności
0 = Zależny
5 = Niezależny lub pod prysznicem
Poruszanie się po powierzchniach płaskich
0 = Nie porusza się lub < 50 m, zależny na wózku
5 = Niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m
10 = Spacer z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m
15 = Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski >50 m
Wchodzenie i schodzenie po schodach
0 = Nie jest w stanie
5 = Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenia
10 = Samodzielny
Ubieranie się i rozbieranie
0 = Zależny
5 = Potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy
10 = Niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.
Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu
0 = Nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność wykonania lewatywy
5 = Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca
10 = Kontroluje oddawanie stolca
Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego
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 2 Skala Glasgow (Medycyna Praktyczna, 2017)

Badana reakcja	Stopień zaburzeń	Liczba punktów
Otwieranie oczu	spontaniczne	4
	na polecenie	3
	w odpowiedzi na bodziec bólowy	2
	brak reakcji	1
Odpowiedź słowna	prawidłowa, pacjent jest w pełni zorientowany	5
	odpowiada, ale jest zdeorientowany	4
	używa niewłaściwych słów	3
	wydaje nieartykułowane dźwięki	2
	brak reakcji	1
Odpowiedź ruchowa	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 odmóżdżeniowa)	2
	brak reakcji	1

Wynik interpretowany jest następująco:

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

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-ołępiennym, czy pacjentem z chorobą zwyrodnieniową wymaga uwzględnienia wszystkich fizycznych, psychicznych, emocjonalnych i społecznych aspektów choroby przewlekłej. Interwencje pielęgnarskie 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. Pielęgniarka 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.

Problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej

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

Tabela 3 Wybrane problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie (Kędziora-Kornatowska, Muszaliak 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 pielęgnarka 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 porażań, odleżynami, pęcherzem neurogennym, problemami z wydalaniem, zaburzeniami w przyjmowaniu posiłków, z trudnościami w komunikacji oraz problemami emocjonalnymi.</p>
Uraz rdzenia kręgowego	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

Problem zdrowotny/ jednostka chorobowa	Wybrane problemy pacjentów
	<p>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"> • Unieruchomienie – w przypadku pacjentów po urazach kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, najczęściej występuje tetraplegia lub paraplegia, w zależności od poziomu i stopnia uszkodzenia rdzenia; • 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 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; • 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, wzmoczone 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; • Odleżyny – ogromnym problemem u chorych po urazach rdzenia kręgowego są odleżyny, które właściwie mogą powstać na każdym etapie leczenia; • Pęcherz neurogenny; • Problemy emocjonalne.
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, zeszytniające 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 niewytłumaczone 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,</p>

Problem zdrowotny/ jednostka chorobowa	Wybrane problemy pacjentów
	<p>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"> • 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, 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. • 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. • 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.
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 przyznaje 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 mieścili 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 4 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

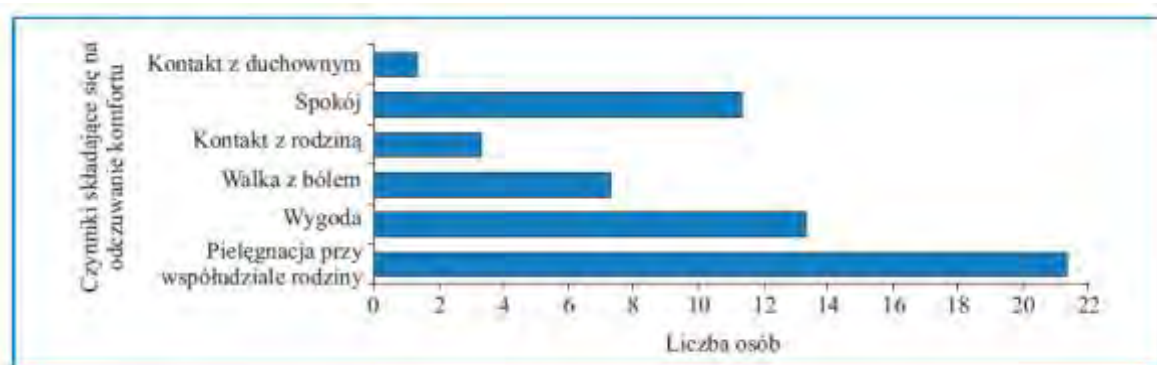
osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 37).

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 porażień. Wszystkie zaburzenia związane z ruchem utrudniają chorym wykonywanie podstawowych czynności, zwłaszcza z zakresu samoobsługi. W związku z tym działania pielęgniarstwa 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, Muszalik 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 poniższym rysunku przedstawiono najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekłe chorego w opinii ankietowanych.

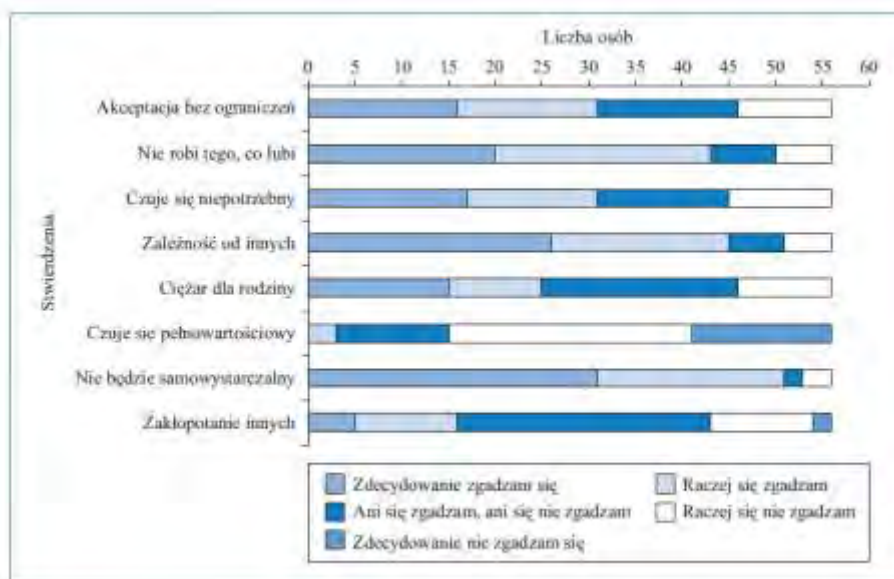


Rysunek 1. Najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekłe chorego w opinii ankietowanych objętych opieką długoterminową w ZOL (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszuk, 2012).

Najważniejszym czynnikiem składającym się na komfort przewlekłe chorego był udział rodziny w pielęgnacji. Za najbardziej uciążliwe w codziennym funkcjonowaniu pacjenci uważali trudności w poruszaniu się, nietrzymanie moczu i stolca. Kilkanaście osób uskarżało 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.



Rysunek 2. Ocena jakości życia pacjentów ZOL w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (Toczyńska, Krajewska-Kułak i Łukaszuk, 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 Łukaszuk, 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, Muszałik 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 Badsore 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 przeciwodleżynowej 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, Muszalik 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 pielęgniarstwa i ogólnym wzrostem kosztów opieki i leczenia. Problematyka rozpoznawania, leczenia i monitorowania bólu przewlekłego w opiece długoterminowej pozostaje ciągle niedostatecznie rozpowszechniona (w porównaniu np.: z opieką paliatywną nad chorymi z chorobą nowotworową). Główną przeszkodą w rozpoznawaniu bólu przewlekłego wydaje się ograniczenie lub brak kontaktu werbalnego, a zatem brak typowych skarg, szczególnie w przypadku pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy stanowią połowę chorych w opiece długoterminowej. Standardowe skale oceny bólu opierają się bowiem o samoocenę chorego. Chorzy ze znacznie ograniczonym kontaktem słownym lub bez kontaktu werbalnego (pacjenci dementcyjni, 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, Muszałik 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, Muszalik i Skolmowska, 2010, strony 209-213).

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, Muszalik i Skolmowska, 2010, strony 263-270).

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).

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 pielęgniarki 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 pielęgniarka 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 pielęgniarskie 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. Pielęgniarka 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 pielęgniarki 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 pielęgniarstwa jest bardzo szeroki i uwzględnia w pierwszej kolejności działania poprawiające komfort codziennego funkcjonowania: czynności higieniczne, zmiany pozycji złożeniowej, karmienie. Równie istotnym zadaniem pielęgniarki (pielęgniara) 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 pielęgniarki są schorzenia narządu ruchu, które wiążą się ze stałym przyjmowaniem leków, obrzękami i dolegliwościami bólowymi utrudniającymi nawet najmniejszą 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 moczową. Podstawowe interwencje pielęgniarstwa w opiece długoterminowej obejmują równoległe zwalczanie bólu różnymi technikami i usprawnianie funkcjonalne. Uwolnienie chorego od bólu ułatwia pielęgniarsce 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, znaczącą 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 przeznaczały na zadania administracyjne i czynności niewymagające kwalifikacji pielęgniarstwa 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 pielęgniarzki 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 pielęgniarzki. Przy czym kompetencje opiekuna medycznego stanowią część kompetencji pielęgniarzki, co pozwoli z kolei na efektywniejsze wykorzystanie wysokospecjalistycznych umiejętności pielęgniarzskich. 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 obowiązek 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 pielęgniarzki 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 ubezpieczania 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 skalą 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 5 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 cząstkowe 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 cząstkowe 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 cząstkowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej oraz cząstkowe 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> <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).</p>
Pielęgniarki	<p>Z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów:</p> <p>1) w dziedzinie opieki długoterminowej lub</p> <p>2) w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub</p> <p>3) w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub</p> <p>4) w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub</p> <p>5) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub</p> <p>6) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub</p> <p>7) w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub</p> <p>8) w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub</p> <p>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, która:</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>

	<p>g) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii, zwana dalej „osobą prowadzącą fizjoterapię”;</p> <p>– udziela świadczeń w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek (równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek),</p> <p>– 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),</p> <p>– 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);</p> <p>2) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek;</p> <p>3) osoba, która:</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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”;</p> <p>4) osoba, która:</p> <p>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> <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>
--	---

	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”.
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 twarzową;</p> <p>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;</p> <p>2) gabinet do prowadzenia psychoterapii;</p> <p>3) gabinet terapii zajęciowej;</p> <p>4) sala dziennego pobytu.</p>
Zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.	
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 cząstkowe 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</p> <p>2) lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: neurologii, rehabilitacji lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, pediatrii, lub</p> <p>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, pieczętą 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</p> <p>2) w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub</p> <p>3) w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub</p> <p>4) w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub</p> <p>5) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub</p> <p>6) w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub</p> <p>7) w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub</p> <p>8) w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub</p> <p>9) specjalistycznych w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych kursów</p> <p>– 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);</p> <p>2) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek;</p> <p>3) logopeda;</p> <p>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;</p> <p>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</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 opiekuna medycznego.</p>
Sprzęt medyczny i pomocniczy	<p>1) w miejscu udzielania świadczeń: a) łóżka szpitalne o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem lub zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji, b) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn: materace przeciwoodleżynowe, poduszki, podpórki, wałki, c) sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy: zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, parawany, pasy ślizgowe, d) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego: UGUL, cykloergometr, rotory, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, zestaw do elektroterapii z osprzętem, e) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej: stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, tablice do pisanie, sprzęt audiowizualny, system haseł obrazkowo-tekstowych, sprzęt do nauki czynności życia codziennego, f) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek, g) ssak elektryczny – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek, h) inhalatory – 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek, i) glukometry, j) aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, k) zestaw do reanimacji, l) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy, m) pompy infuzyjne, n) stetoskopy;</p> <p>2) w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń: a) aparat EKG.</p>
Warunki lokalowe	<p>1) gabinet rehabilitacyjny; 2) gabinet do prowadzenia psychoterapii; 3) gabinet terapii zajęciowej; 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 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz w zarządzeniach zmieniających (73/2018/DSOZ i 94/2019/DSOZ).

W poniższej tabeli przedstawiono cały katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych dla świadczeń gwarantowanych.

Tabela 6 Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych

Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego	Taryfa obowiązująca w roku 2019	Taryfa obowiązująca w roku 2020	Taryfa obowiązująca w roku 2021	Taryfa obowiązująca w roku 2022
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym	14.5160.026.04	punkt	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	5.15.00.0000182	2,87	3,16	3,44	3,72
			osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	5.15.00.0000183	3,76	3,76	3,76	3,76
			osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel żywionego dojelitowo	5.15.00.0000184	6,33	6,62	6,90	7,18
			osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	5.15.00.0000185	4,11	4,51	4,92	5,32
			osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo	5.15.00.0000186	7,57	7,97	8,38	8,78
			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	5.15.00.0000187	11,16	11,56	11,97	12,37
			osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	5.15.00.0000197	2,87	3,16	3,44	3,72
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży	14.5161.026.04	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	5.15.00.0000188	4,23	4,87	5,5	6,14	
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel, żywionych dojelitowo	5.15.00.0000189	7,69	8,33	8,96	9,60	
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	5.15.00.0000190	5,45	6,28	7,1	7,92	
		osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo	5.15.00.0000191	8,91	9,74	10,56	11,38	
		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	5.15.00.0000192	12,50	13,33	14,15	14,97	

Źródło: Zarządzenie nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzenia zmieniające (73/2018/DSOZ i 94/2019/DSOZ)

Do rozliczenia pobytów w zakładach stacjonarnych i opieki domowej wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane – przez osobodzień rozumie się każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym, przy czym dzień objęcia opieką i dzień jej zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień.

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. Do obliczenia czasu przebywania na przepustce uwzględnia się czas pobytu w szpitalu, rozumiany jako czas przebywania w zakładzie opiekuńczym.

Jeżeli świadczeniobiorca uzyskał więcej niż 40 punktów w skali Barthel na koniec miesiąca, Fundusz finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego.

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. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe winno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży kompletnej diety przemysłowej, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Klinicznego Dzieci.

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. 2019 r. poz. 1569)*.

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 i Służby Ochrony Państwa lub zapewniania bezpieczeństwa państwa (nieprzerwanie przez okres, na jaki została skierowana, jednak nie krócej niż przez okres 60 dni albo łącznie przez okres nie krótszy niż 90 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.

**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

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 (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 o 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. w sprawie przyznawania zapomogi weteranowi-funkcjonariuszowi albo weteranowi poszkodowanemu*

funkcjonariuszowi Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego na pobyt w Domu Weterana (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 uzależnia się 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 z późn. zm.)* zapomogi można udzielić weteranowi na pokrycie poniesionych przez niego kosztów pobytu w Domu Weterana nieobjętych opłatą za pobyt w Domu Weterana, określą 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* (Dz.U. 2019 poz. 1111) 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 edukacyjnych¹. Należy nadmienić, iż w zakładach opiekuńczo-leczniczych przebywają dzieci obłożnie chore, z wadami wrodzonymi, których stan zdrowia często nie 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 (Dz.U. 2019 poz. 1111) 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

¹ Zgodnie z art. 95 w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu socjalizacyjnego, interwencyjnego lub specjalistyczno-terapeutycznego są umieszczanie dzieci powyżej 10 roku życia, wymagające szczególnej opieki lub mające trudności w przystosowaniu się do życia w rodzinie; umieszczenie dziecka poniżej 10 roku życia jest możliwe w przypadku, gdy w danej placówce opiekuńczo-wychowawczej umieszczona jest matka lub ojciec tego dziecka oraz w innych wyjątkowych przypadkach, szczególnie gdy przemawia za tym stan zdrowia dziecka lub dotyczy to rodzeństwa.

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 7 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 w 2017 roku	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych w 2019 roku	Zmiana finansowania względem 2016 roku (+ wzrost /- spadek)	Profil placówki	Podstawa prawna
Dom dla Dzieci Chorych Fundacji „Dom w Łodzi” przy ul. Wierzbowej 13 w Łodzi	4 784 zł	5 210 zł	+	dom dziecka dla dzieci chorych	Zarządzenie nr 5531/VII/17 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 21 marca 2017 r. oraz Zarządzenie nr 825/VIII/19 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 27 marca 2019 r.
Dom „Anielisko” przy al. Kościuszki 48 w Łodzi	3 658 zł	3 694 zł	+	placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego	
Dom Dziecka Nr 15 im. Ks. G.P.Baudouina, ul. Nowogrodzka 75, 02-018 Warszawa	8 522,42 zł	10 980,75 zł	+	działalność na rzecz dzieci chorych i niepełnosprawnych	Zarządzenie nr 522/2019 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 25 marca 2019 r. oraz 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	9 464,95	+	dzieci bez poważnych problemów zdrowotnych	
Placówka opiekuńczo-wychowawcza "Dom przy Chełmżyńskiej", ul. Chełmżyńska 27/35 lok. 34, 04-247 Warszawa	nd	15 356,59 zł	nd	Placówka działa jako placówka opiekuńczo-wychowawcza typu socjalizacyjnego przeznaczona dla dzieci pozbawionych częściowo lub całkowicie opieki rodzicielskiej.	
Dom im. J. Korczaka Regionalna Placówka Opiekuńczo-Terapeutyczna w Gdańsku	6 615,8 zł	8 325,79 zł	+	placówka opiekuńczo-terapeutyczna	Zarządzenie nr 13/19 Marszałka Województwa Pomorskiego z dnia 5 marca 2019 r. oraz 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	6 186,78 zł	7 047,24 zł	+	placówka opiekuńczo-wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego	Zarządzenie nr 588/19 Prezydenta Wrocławia z dnia 18 marca 2019 r. oraz Zarządzenie nr 3906/16

Placówka	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych w 2017 roku	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych w 2019 roku	Zmiana finansowania względem 2016 roku (+ wzrost /- spadek)	Profil placówki	Podstawa prawna
specjalistyczno-terapeutycznego Nr III ul. Parkowa 2/3)					Prezydenta Wrocławia z dnia 22 marca 2016 r.
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego, ul. Parkowa 12 w Krakowie	6 859 zł	8 684 zł	+	Centrum Placówek Opiekuńczo-Wychowawczych „Parkowa” zapewnia obsługę sześciu placówek opiekuńczo-wychowawczych typu specjalistyczno-terapeutycznego Do placówek przyjmowane są; dzieci od urodzenia pozbawione opieki ze strony rodziców lub opiekunów, dzieci starsze (od 10 roku życia) i młodzież (do 18 roku życia), która wykazuje zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, w tym: zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej), zaburzenia aktywności i uwagi, zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, mieszane zaburzenia zachowania i emocji, depresyjne zaburzenia zachowania, zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa, mutyzm wybiórczy, małeletnie dziewczęta w ciąży, które częściowo lub całkowicie zostały pozbawione opieki rodziców lub opiekunów, małeletnie matki z dziećmi również pozbawione opieki ze strony rodziców. Warunkiem pobytu matek jest podjęcie przez nich nauki w szkołach o różnych profilach, zgodnie z indywidualnymi zainteresowaniami i predyspozycjami.	Zarządzenie nr 659/2017 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 17 marca 2017 roku oraz Zarządzenie nr 439/2019 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 28 lutego 2019 roku
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego, ul. Parkowa 12b w Krakowie	5226 zł	6 233 zł	+		
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego, ul. Benedykta 11/7 w Krakowie	5 392 zł	8 144 zł	+		
Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego, ul. Działkowa 24/21–22 w Krakowie	5 407,00 zł	6 610 zł	+		
Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego, al. Pod Kopcem 10 a w Krakowie	11 203 zł	11 561 zł	+		
Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego, al. Pod Kopcem 26/1-2 w Krakowie	6 458 zł	6 234 zł	-		

Placówka	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych w 2017 roku	Średnie wydatki miesięczne na każde dziecko ze środków samorządowych w 2019 roku	Zmiana finansowania względem 2016 roku (+ wzrost /- spadek)	Profil placówki	Podstawa prawna
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego Zgromadzenia Sióstr Służebniczek NMP, ul. Lenartowicza 4 w Krakowie	4 220 zł	5 157 zł	+	Placówka jest niepubliczną placówką opiekuńczo – wychowawczą, zapewniającą całodobową opiekę i wychowanie dla dziewcząt o obniżonej normie intelektualnej w wieku od 6 roku życia, pozbawionych częściowo lub całkowicie opieki w rodzinach naturalnych.	
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego , ul. Bardosa 9 w Krakowie	5 857 zł	5 924 zł	+	Placówka typu specjalistyczno-terapeutycznego	
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego, Żmiana 144	4 097 zł	5381 zł	+	Dwie placówki typu specjalistyczno – terapeutycznego o charakterze koedukacyjnym, przeznaczone dla dzieci wymagających szczególnej opieki lub mających trudności w przystosowaniu się do życia w rodzinie	
Placówka Opiekuńczo – Wychowawcza typu specjalistyczno – terapeutycznego Dzieło Pomocy Dzieciom, ul. Rajska 10/6 w Krakowie	bd	8 593	nd		
Placówka Opiekuńczo- Wychowawcza typu specjalistyczno-terapeutycznego ul. Siemiradzkiego 31 w Krakowie	bd	7 014 zł	nd	Placówka dla dziewcząt	

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 powinna 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.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie.

Dokładna analiza stanu opieki długoterminowej w roku 2016 została przedstawiona w raporcie WT.541.49.2016 (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2017). W bieżącym opracowaniu przedstawiono aktualną sytuację oraz dokonano analizy dotyczącej realizacji i finansowania świadczeń opieki długoterminowej stacjonarnej na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

W 2018 roku na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych przeznaczono łącznie ponad 709,5 mln zł, z czego prawie 689,6 mln zł na świadczenia udzielane osobom dorosłym (97,19%), a niecałe 20 mln zł na świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. (2,81%). Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce w sumie kosztowały płatnika ponad 1,3 mln zł (0,19%).

Jednak wartość zrealizowanych świadczeń była wyższa od wartości świadczeń rozliczonych: w 2018 roku sprawozdano do NFZ świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych o łącznej wartości prawie 721,7 mln zł, z czego ponad 701,6 mln zł kosztowały świadczenia udzielane osobom dorosłym (97,23%), a 20 mln zł świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. (2,77%). Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce w sumie kosztowały płatnika niespełna 1,4 mln zł (0,19%).

Należy zauważyć, że istnieją duże różnice w poszczególnych latach w liczbie świadczeń sprawozdanych i rozliczonych, co przekłada się na wartość nierozliczonych świadczeń sięgającą ponad 19,5 mln zł w 2016 r. (2,9% wartości wykonanych świadczeń w tym roku). W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie liczby świadczeń sprawozdanych i rozliczonych oraz ich wartości, jak i różnic pomiędzy nimi.

Tabela 8 Liczba i wartość świadczeń sprawozdanych i rozliczonych na przestrzeni lat 2015–2018

Rok	Liczba wykonanych świadczeń	Liczba rozliczonych świadczeń	Różnica	Różnica (%)	Wartość wykonanych świadczeń (PLN)	Wartość rozliczonych świadczeń (PLN)	Różnica wartości (PLN)	Różnica wartości (%)
2015 r.	7 742 012	7 667 557	74 455	0,96%	655 546 174	649 236 962	6 309 212	0,96%
2016 r.	7 861 076	7 621 373	239 703	3,05%	673 711 515	654 166 311	19 545 204	2,90%
2017 r.	7 909 555	7 811 777	97 778	1,24%	684 609 602	674 840 410	9 769 192	1,43%
2018 r.	8 068 320	7 980 372	87 948	1,09%	721 658 242	709 526 649	12 131 593	1,68%

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2018.

W 2018 r. liczba wykazanych świadczeń udzielonych dorosłym (zakres świadczeń 14.5160.026.04) wyniosła 7 913 392, a udzielonych dzieciom (zakres świadczeń 14.5161.026.04) wyniosła 154 928, co łącznie stanowi 8 068 320 świadczeń sprawozdanych do NFZ. Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce stanowiły: 0,91% wśród świadczeń udzielanych dorosłym i 1,52% wśród świadczeń udzielanych dzieciom.

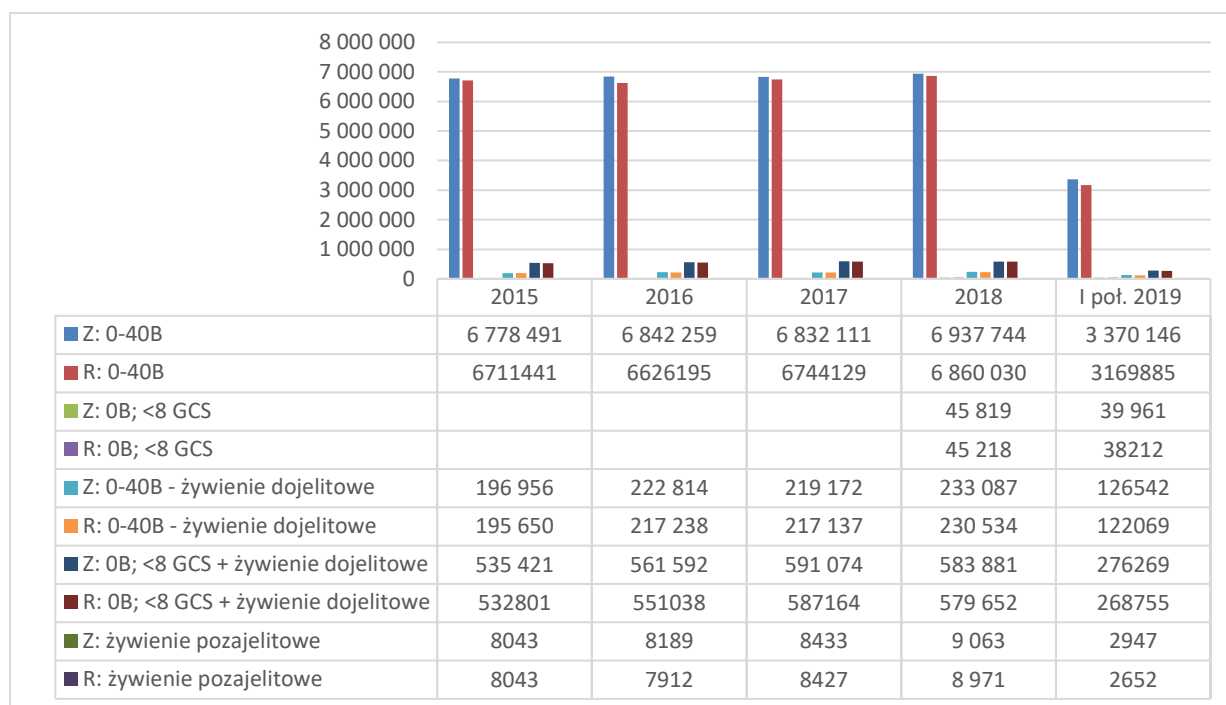
Z kolei liczba świadczeń dla dorosłych rozliczonych w 2018 r. wyniosła 7 826 071, a udzielonych dzieciom 154 301, co łącznie stanowi świadczeń 7 980 372 rozliczonych. Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce stanowiły: 0,91% wśród świadczeń udzielanych dorosłym i 1,5% wśród świadczeń udzielanych dzieciom.

Na poniższych wykresach przedstawiono w jaki sposób kształtowała się liczba osobodni i wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych, a także w jaki sposób zmieniała się liczba świadczeniodawców.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane osobom dorosłym

Produkty rozliczeniowe można podzielić na 2 „produkty bazowe” (udzielane osobom uzyskującym wynik w skali Barthel z przedziału 0–40; udzielane osobom uzyskującym wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow – przy czym produkt ten pojawił się dopiero w drugiej połowie 2018 roku) oraz produkty związane z żywieniem dojelitowym i pozajelitowym.

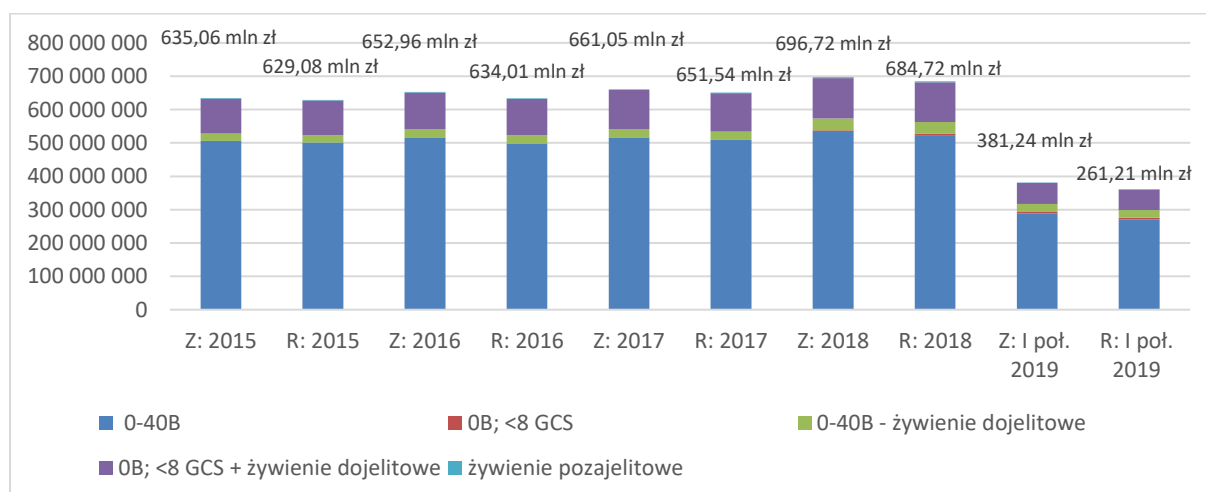
Na poniższym wykresie przedstawiono w jaki sposób kształtuje się liczba świadczeń udzielana na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa). Można zaobserwować, że liczba świadczeń (osobodni) rozliczanych w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych wzrasta z roku na rok. Można również zaobserwować, że liczba udzielonych/zrealizowanych świadczeń (na wykresie oznaczonych literą „Z”) jest wyższa od liczby rozliczonych świadczeń (na wykresie oznaczonych literą „R”).



Rysunek 3. Liczba świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielonych w warunkach stacjonarnych dla dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

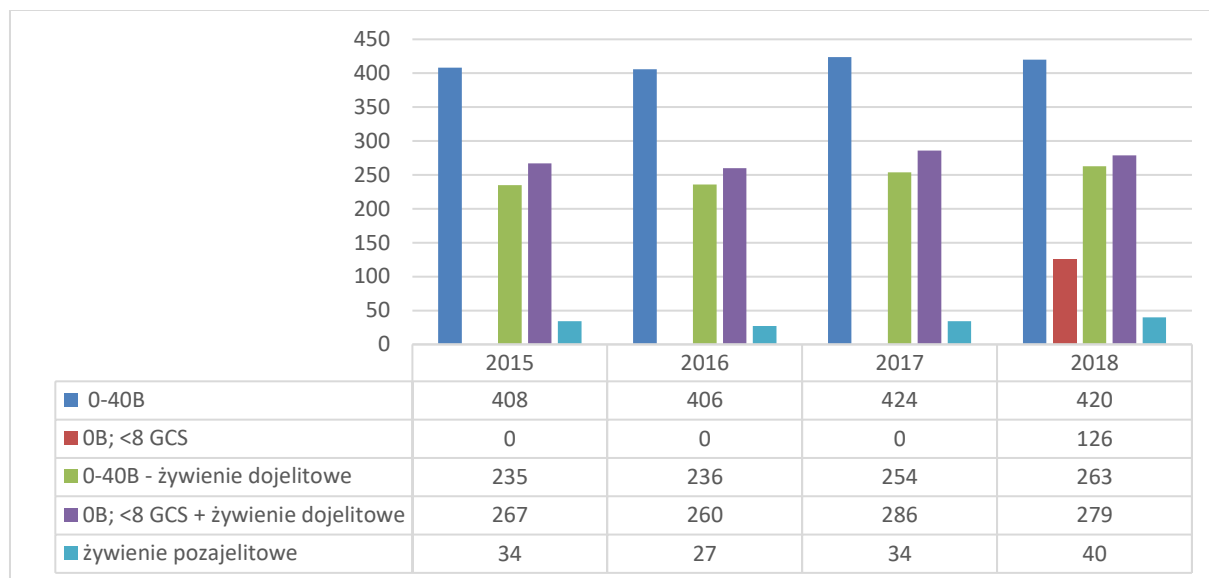
Podobnie jest z wydatkami płatnika publicznego (poniższy wykres) – można zaobserwować systematyczny wzrost wydatków Płatnika z roku na rok (o 1% w 2016 r. względem 2015 r., o 3% w 2017 roku względem 2016 r. i o 5% w 2018 r. względem 2017 r.), przy czym wartość rozliczonych świadczeń (na wykresie oznaczonych literą „R”) jest mniejsza niż wartość świadczeń zrealizowanych (na wykresie oznaczonych literą „Z”) w każdym z analizowanych lat (w zaokrągleniu o 6 mln zł w 2016 roku, 19 mln zł w 2016 roku, o 9,5 mln w 2017 roku i 12 mln w 2018 r.). Zdecydowanie największa część wydatków jest przeznaczana na rozliczanie świadczeń związanych z pobytem osób uzyskujących wyniki w skali Barthel od 0 do 40 (ok. 78 % w zależności od roku), następnie zaś na świadczenia związane z pobytami osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, żywnością dojelitową (ok. 17% w zależności od roku).



Rysunek 4. Wydatki Płatnika na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

Obserwuje się również niewielki wzrost liczby świadczeniodawców (poniższy wykres) względem 2015 roku, przy czym w związku z pojawieniem się nowego produktu NFZ służącego rozliczaniu świadczeń związanych z pobytem osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, dla pacjentów, którzy nie wymagają żywienia dojelitowego/pozajelitowego obserwuje się pojawienie się świadczeniodawców udzielających świadczeń tej grupie pacjentów.



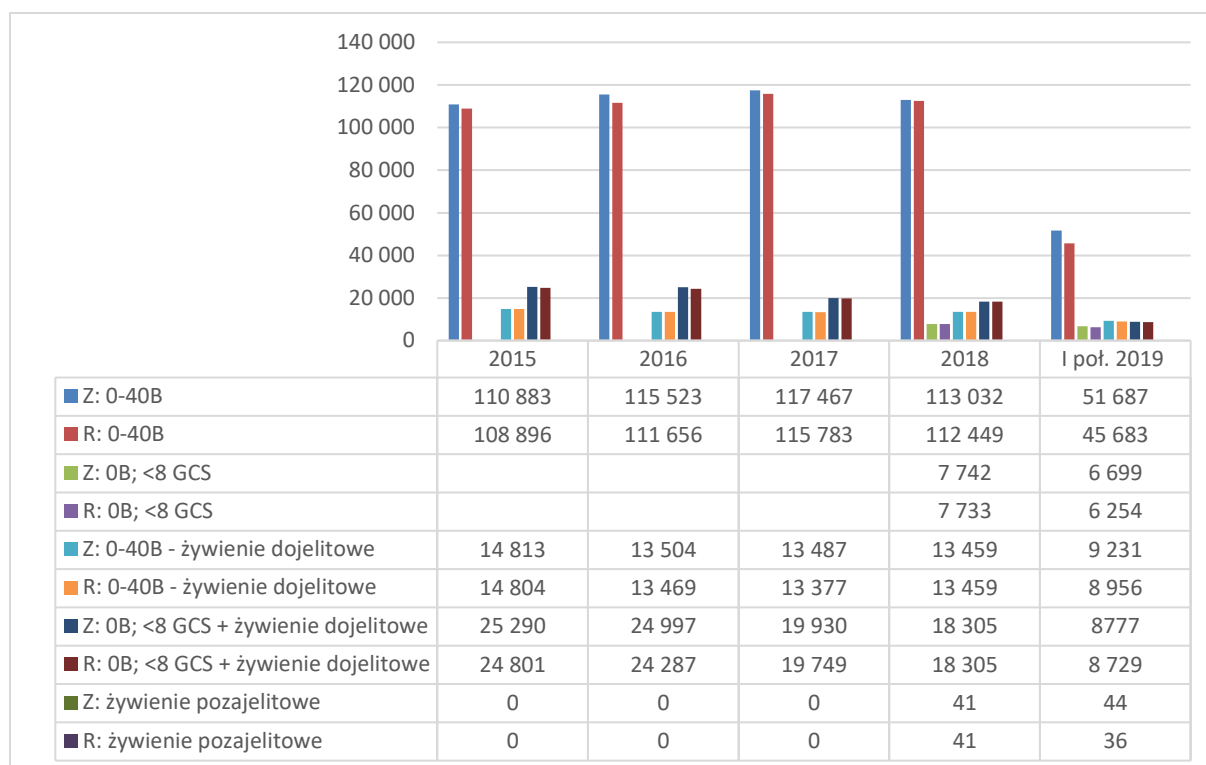
Rysunek 5. Liczba podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane dzieciom i młodzieży < 18 r.ż.

Podobnie jak w przypadku świadczeń dla osób dorosłych produkty rozliczeniowe można podzielić na 2 „produkty bazowe” (udzielane osobom uzyskującym wynik w skali Barthel z przedziału 0–40; udzielane osobom uzyskującym wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow – przy czym produkt ten pojawił się dopiero w drugiej połowie 2018 roku) oraz produkty związane z żywieniem dojelitowym i pozajelitowym.

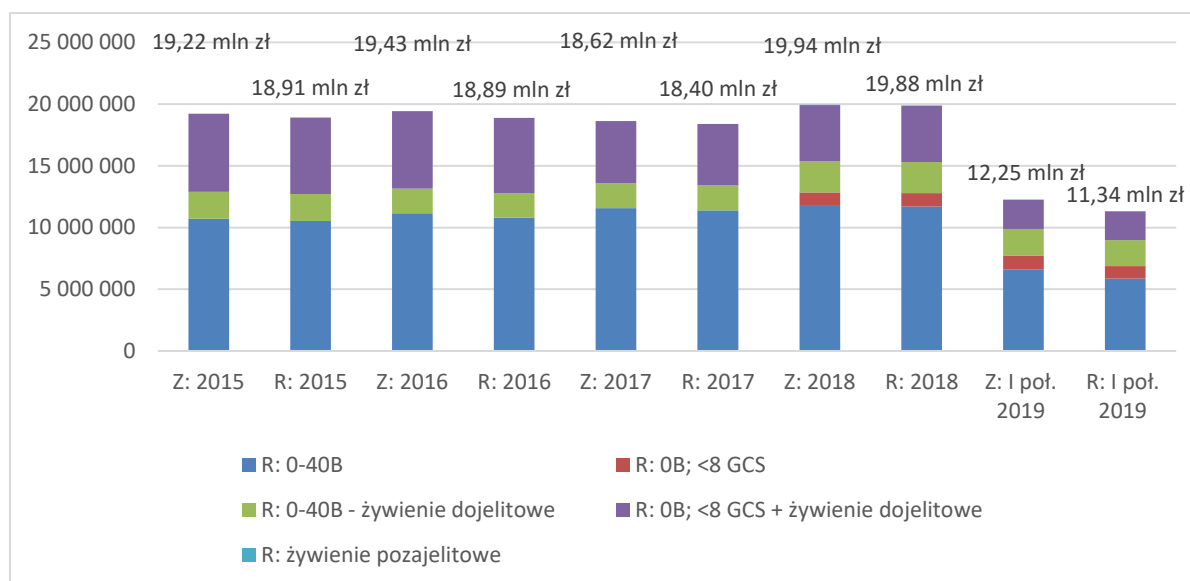
Na poniższym wykresie przedstawiono w jaki sposób kształtuje się liczba świadczeń udzielana na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa). Można zaobserwować, że sumaryczna liczba świadczeń (osobodni) utrzymuje się na podobnym poziomie na poziomie analizowanych lat. Można również zaobserwować, że liczba udzielonych/zrealizowanych świadczeń (na wykresie oznaczonych literą „Z”) jest wyższa od liczby rozliczonych świadczeń (na wykresie oznaczonych literą „R”).



Rysunek 6. Liczba świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielonych w warunkach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży < 18 r.ż. na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

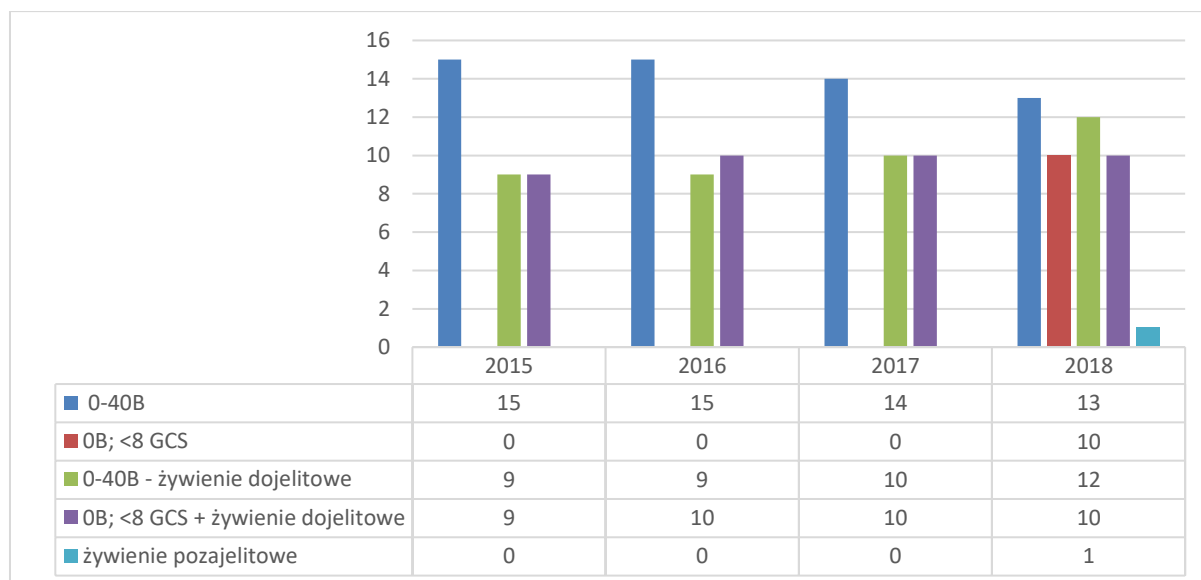
Podobnie jest z wydatkami płatnika publicznego (poniższy wykres) – można zaobserwować wzrost wydatków Płatnika w 2018 r. względem 2015 roku o 5% (spadek o 0,1% w 2016 r. względem 2015 r., spadek o 3% w 2017 r. względem 2016 r., wzrost o 8% w 2018 r. względem 2017 r.), przy czym wartość rozliczonych świadczeń (na wykresie oznaczonych literą „R”) jest mniejsza niż wartość świadczeń zrealizowanych (na wykresie oznaczonych literą „Z”) w każdym z analizowanych lat (w zaokrągleniu 304 tys. w 2015 r., 540 tys. w 2016 r., 221 tys. w 2017 r., 60,5 tys. w 2018 r.). Zdecydowanie największa część wydatków jest przeznaczana na rozliczanie świadczeń związanych z pobytem osób uzyskujących wyniki w skali Barthel od 0 do 40 (ok. 58% w zależności od roku), następnie zaś na świadczenia związane z pobytami osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, wymagających żywienia dojelitowego (ok. 11% w zależności od roku).



Rysunek 7. Wydatki Płatnika na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

Liczba świadczeniodawców (poniższy wykres), udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dzieciom i młodzieży < 18 r.ż. pozostaje na podobnym poziomie na przestrzeni analizowanych lat, przy czym w związku z pojawieniem się nowego produktu NFZ służącego rozliczaniu świadczeń związanych z pobytem dzieci do 3 roku życia lub osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, dla pacjentów, którzy nie wymagają żywienia dojelitowego/pozajelitowego obserwuje się pojawienie się świadczeniodawców udzielających świadczeń tej grupie pacjentów.



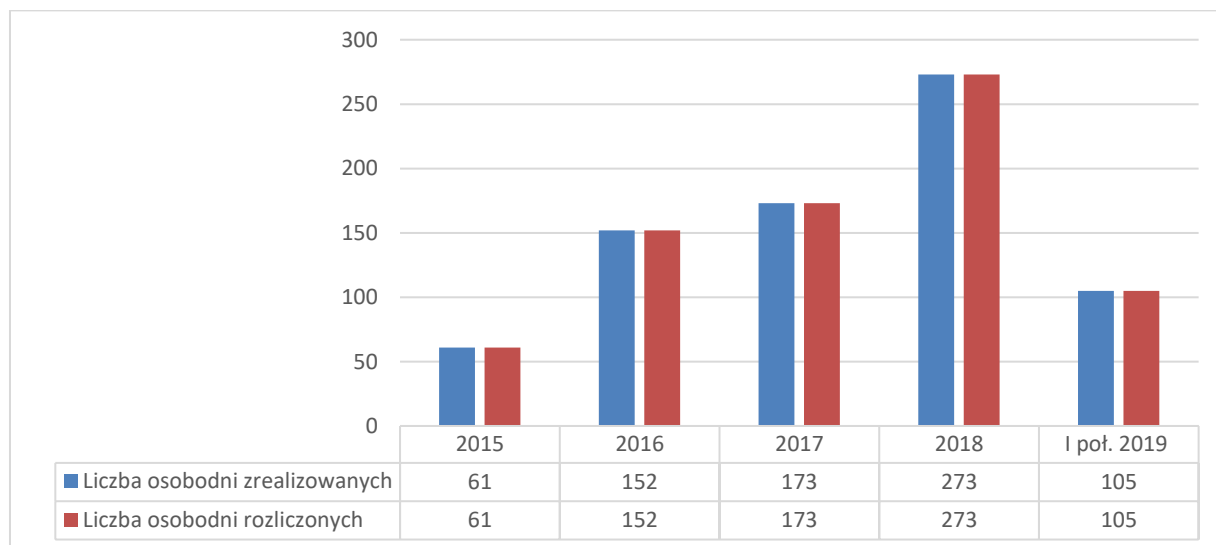
Rysunek 8. Liczba podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

Świadczenia udzielane weteranom

Świadczenia udzielane weteranom stanowią niewielki odsetek wszystkich świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych. Duży wzrost liczby udzielanych świadczeń obserwuje się w 2018 roku, co mimo wszystko (z uwzględnieniem produktów związanych z pobytem

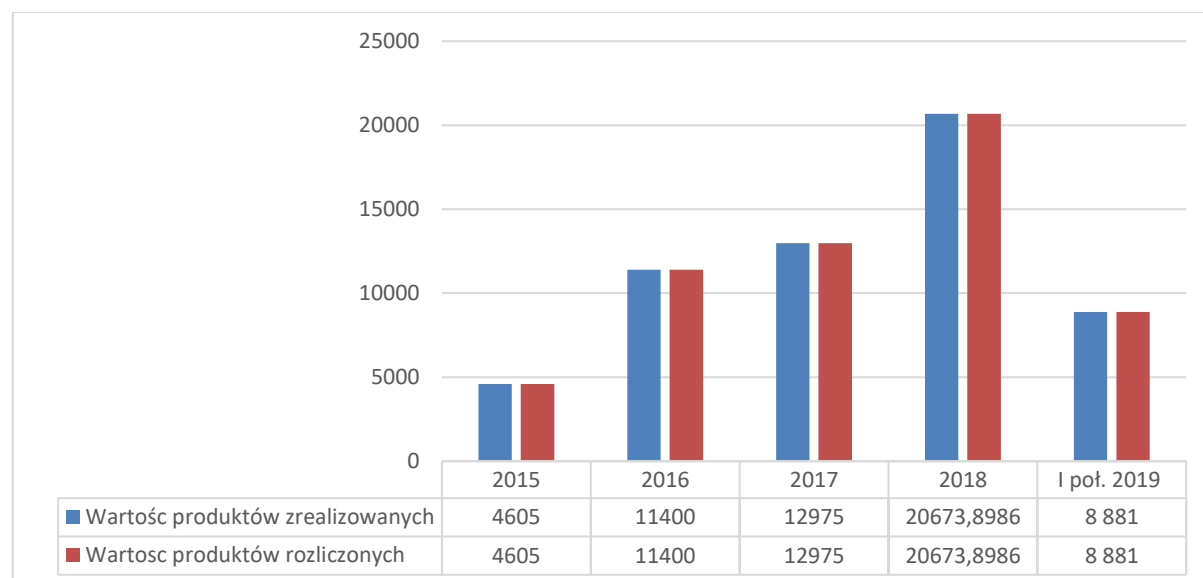
na przepustce) stanowiło 0,004% wszystkich udzielonych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych.



Rysunek 9. Liczba świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielnych w warunkach stacjonarnych weteranom na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

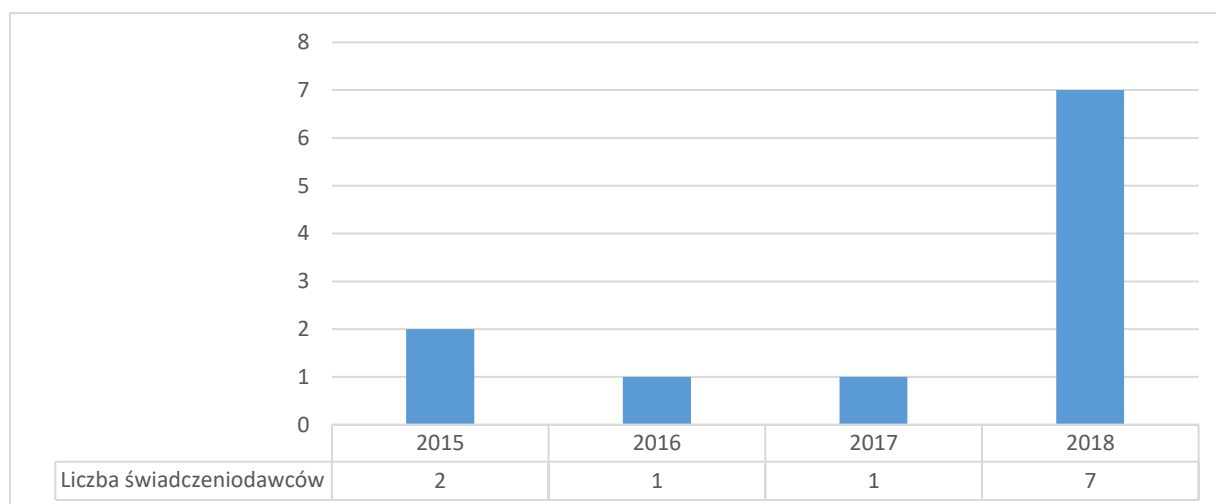
Podobnie jest z wydatkami płatnika publicznego (poniższy wykres) – można zaobserwować systematyczny wzrost wydatków Płatnika z roku na rok (o 148% w 2016 r. względem 2015 r., o 14% w 2017 roku względem 2016 r. o 59% w 2018 r. względem 2017 r.), co wynika głównie ze wzrostu liczby udzielanych świadczeń. Wartość rozliczonych świadczeń jest równa wartości świadczeń zrealizowanych w każdym z analizowanych lat.



Rysunek 10. Wydatki Płatnika na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych weteranom na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019

Można również zauważyć, że w 2018 roku wzrosła również liczba świadczeniodawców (poniższy wykres).



Rysunek 11. Liczba podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla weteranów na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2019.

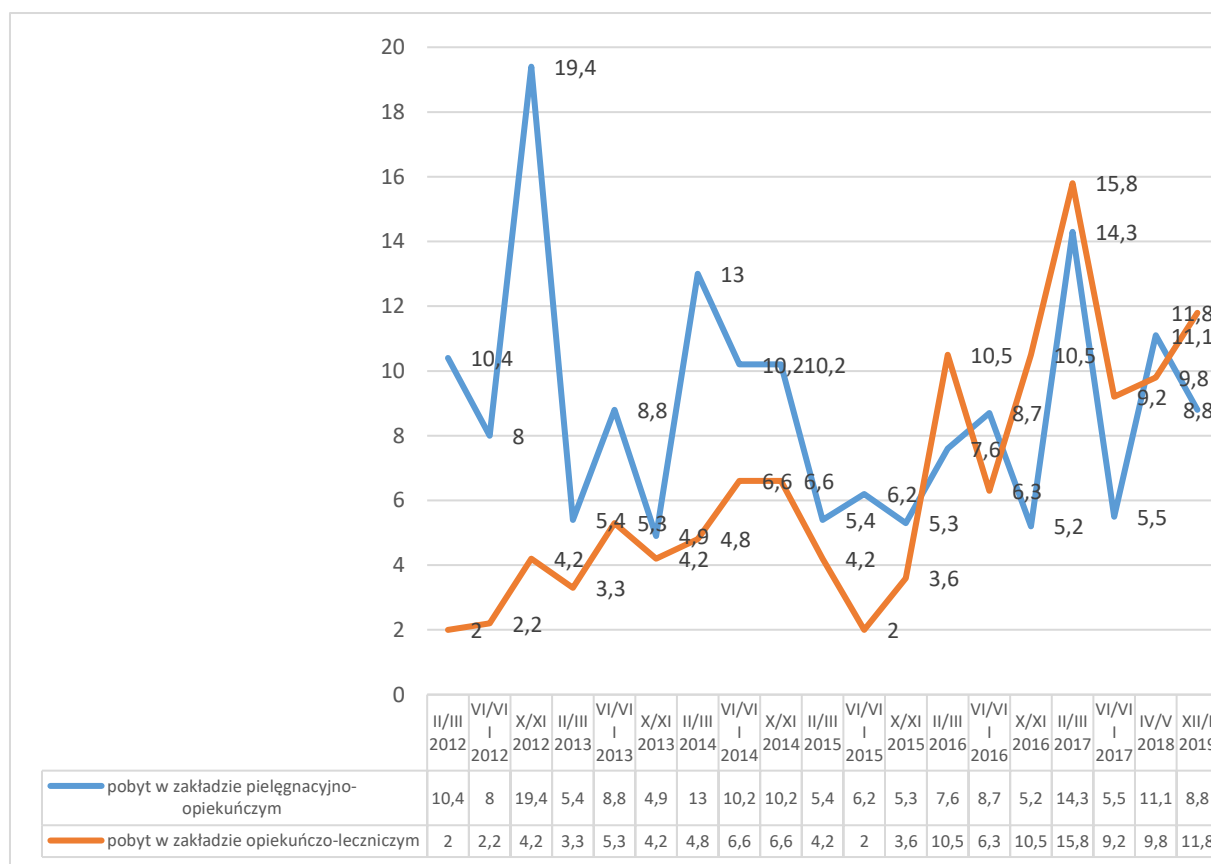
Kolejki

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 (poniższy rysunek) obrazujący średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia według WHC². Na początku 2019 r. średni czas oczekiwania do ZOL wynosił 11,8 miesięcy zaś do ZPO 8,8 miesięcy. Od początku 2012 r. obserwuje się stopniowe wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL i obserwuje się tendencją spadkową dotyczącą czasu oczekiwania na przyjęcie do ZPO.

Z danych NFZ wynika, że w porównaniu do 2015 roku przy jednoczesnym zwiększeniu łącznej liczby świadczeń udzielanych osobom dorosłym obserwuje się spadek liczby pacjentów i wydłużenie średniego czasu pobytu.

Inaczej w przypadku świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży. W porównaniu do 2015 roku przy mniej więcej stałej liczbie świadczeń obserwuje się podobną liczbę pacjentów i niewielkie skrócenie czasu pobytu.

² Źródłem informacji o dostępności do świadczeń medycznych może być 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.



Rysunek 12. Średni czas oczekiwania (w miesiącach) na pobyt w ZOL/ZPO.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHC (<http://www.korektorzdrowia.pl/>, data dostępu: 11.09.2019 r.)

2.4.Stan finansowania w innych krajach

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 wyżywienia, 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 odgórnie obowiązuje jedynie w niektórych prowincjach w Kanadzie, a także w Holandii w odniesieniu do poszczególnych pakietów opieki.

Więcej szczegółowych informacji przedstawiono w Raporcie WT.541.49.2016.

2.5.Cenniki komercyjne

Ze względu na przyjęte założenia dotyczące procesu taryfikacji odstąpiono od poszukiwania danych dotyczących cen komercyjnych świadczenia.

2.6.Uwagi do świadczenia

Nie otrzymano.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

Na potrzeby aktualizacji wyceny świadczenia Agencja nie gromadziła nowych danych. Wykorzystano dane zgromadzone w ramach postępowania nr 27 z 2017 r.³

Dane kosztowe za 2015 r. 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).

Dane kosztowe przekazało 59 świadczeniodawców. Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera załącznik nr 2 do Raportu WT.541.49.2016.

3.2. Analiza danych

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielne w warunkach stacjonarnych były już przedmiotem taryfikacji. Szczegółowe analizy danych zostały przedstawione w Raporcie taryfikacyjnym nr WT.541.49.2016 i obejmowały 3 warianty:

- Wariant 1 – analiza danych finansowo-księgowych za 2015 rok (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.

Świadczenia udzielane w ZOL/ZPO dla osób dorosłych

Taryfy świadczeń zostały ustalone w oparciu o wyniki analizy danych finansowo-księgowych za 2015 rok (wariant 1). Pierwotnie zaproponowano jedną taryfę za osobodzień pobytu każdego dorosłego pacjenta, niezależnie od jego stanu funkcjonalnego ocenianego za pomocą skali Barthel lub Glasgow. W nawiązaniu do jednej z uwag, która wpłynęła do AOTMiT w trakcie konsultacji społecznych AOTMiT przygotowała zmodyfikowaną propozycję wyceny świadczeń. Uwaga dotyczyła utrzymania zróżnicowania wyceny produktów służących rozliczeniu pobytów pacjentów w różnym stanie klinicznym, a konkretnie utrzymania wyższej stawki za opiekę nad pacjentami, którzy uzyskują wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow (pacjenci w stanie wegetatywnym) w porównaniu ze stawką za osobodzień pobytu pacjenta, który uzyskuje wynik 0–40 w skali Barthel.

W celu zweryfikowania taryfy na rok 2019 należy dla wyników analizy kosztów otrzymanych w oparciu o dane z 2015 roku zastosować mnożnik zmian wielkości kosztów aktualizujący wycenę na rok 2019 w wysokości 22,4388% (szczegółowy opis znajduje się w załączniku nr 2). Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli.

³ http://www.aotm.gov.pl/www/taryfikacja/taryfikowane-swadczenia/postepowania-zakonczone/27-swadczenia-w-zpozol_powt/ data dostępu: 11.09.2019 r.

Tabela 9 Wyniki analizy kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych

Świadczenie		Kod produktu rozliczeniowego (Zarządzenie 45/2018/DSOZ z późn. zm.)	Wariant 1 + modyfikacja (wyniki analizy danych finansowo-księgowych z 2015 roku bez mnożnika)	Wariant 1 + modyfikacja (Taryfa)		Zaktualizowane wyniki analizy kosztów na rok 2019
				pkt*	PLN	
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym / opiekuńczo-leczniczym	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	5.15.00.0000182	105,5 zł	3,72	111,90	129,18 zł
	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	5.15.00.0000197				
	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	5.15.00.0000185	150,87 zł	5,32	160,03	184,74 zł

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

Świadczenia w ZOL/ZPO udzielane osobom < 18 r.ż.

Taryfy świadczeń zostały ustalone w oparciu o wyniki analizy danych finansowo-księgowych za 2015 rok (wariant 1). Pierwotnie zaproponowano jedną taryfę za osobodzień pobytu każdego dorosłego pacjenta, niezależnie od jego stanu funkcjonalnego ocenianego za pomocą skali Barthel lub Glasgow. W nawiązaniu do jednej z uwag, która wpłynęła do AOTMiT w trakcie konsultacji społecznych AOTMiT przygotowała zmodyfikowaną propozycję wyceny świadczeń. Uwaga dotyczyła utrzymania zróżnicowania wyceny produktów służących rozliczeniu pobytów pacjentów w różnym stanie klinicznym, a konkretnie utrzymania wyższej stawki za opiekę nad pacjentami, którzy uzyskują wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow (pacjenci w stanie wegetatywnym) w porównaniu ze stawką za osobodzień pobytu pacjenta, który uzyskuje wynik 0–40 w skali Barthel.

W celu zweryfikowania taryfy na rok 2019 należy dla wyników analizy kosztów otrzymanych w oparciu o dane z 2015 roku zastosować mnożnik zmian wielkości kosztów aktualizujący wycenę na rok 2019 w wysokości 22,4388% (szczegółowy opis znajduje się w załączniku nr 2).

Tabela 10 Wyniki analizy kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży < 18 r.ż.

Świadczenie		Kod produktu rozliczeniowego (Zarządzenie 45/2018/DSOZ z późn. zm.)	Wariant 1 + modyfikacja (wyniki analizy danych finansowo-księgowych z 2015 roku bez mnożnika)	Wariant 1 + modyfikacja (Taryfa)		Zaktualizowane wyniki analizy kosztów na rok 2019
				pkt*	PLN	
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	5.15.00.0000188	174,13 zł	6,14	184,69	213,20 zł

Świadczenie		Kod produktu rozliczeniowego (Zarządzenie 45/2018/DSOZ z późn. zm.)	Wariant 1 + modyfikacja (wyniki analizy danych finansowo-księgowych z 2015 roku bez mnożnika)	Wariant 1 + modyfikacja (Taryfa)		Zaktualizowane wyniki analizy kosztów na rok 2019
				pkt*	PLN	
i młodzieży/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	5.15.00.0000190	224,61 zł	7,92	238,23	275,01 zł

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

3.3. Analiza wrażliwości

Ze względu na fakt aktualizacji wyliczeń prowadzonych w oparciu o dane z 2015 roku odstąpiono od przeprowadzenia analiz wrażliwości.

3.4. Projekt taryfy

Projekty taryf zostały oparte o wyniki analizy danych finansowo-księgowych, zaktualizowane mnożnikiem zmian wielkości kosztów na 2019 rok.

Tabela 11 Projekty taryf

Nazwa świadczenia	Aktualna wycena (obowiązująca w 2019 r.)		Wycena na 2022 rok^		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)	Różnica w stosunku do wyceny na 2022 rok^
	pkt	PLN*	pkt	PLN*	pkt	PLN*		
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	2,87	86,33	3,72	111,90	4,29	129,04	49%	15%
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	4,11	123,63	5,32	160,03	6,14	184,69		
Osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	2,87	86,33	3,72	111,90	4,29	129,04		
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	4,23	127,24	6,14	184,69	7,09	213,27	68%	
Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	5,45	163,94	7,92	238,23	9,14	274,93		

* dla wartości 1 pkt = 30,08 zł; ^ – zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
Źródło: opracowanie własne

Wszystkie propozycje wiążą się z wyższą wyceną świadczeń:

- o 49%–68% w porównaniu do aktualnie obowiązujących wycen (tj. w 2019 r.),
- o 15% w porównaniu do wycen, które mają obowiązywać w 2022 roku.

Przewiduje się ponadto, wzorem poprzednich projektów taryf z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, zastąpienie produktów związanych z żywieniem dojelitowym lub pozajelitowym 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 (108 PLN w przypadku żywienia dojelitowego, 108 PLN w przypadku żywienia pozajelitowego częściowego oraz 216 PLN w przypadku całkowitego żywienia pozajelitowego).

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

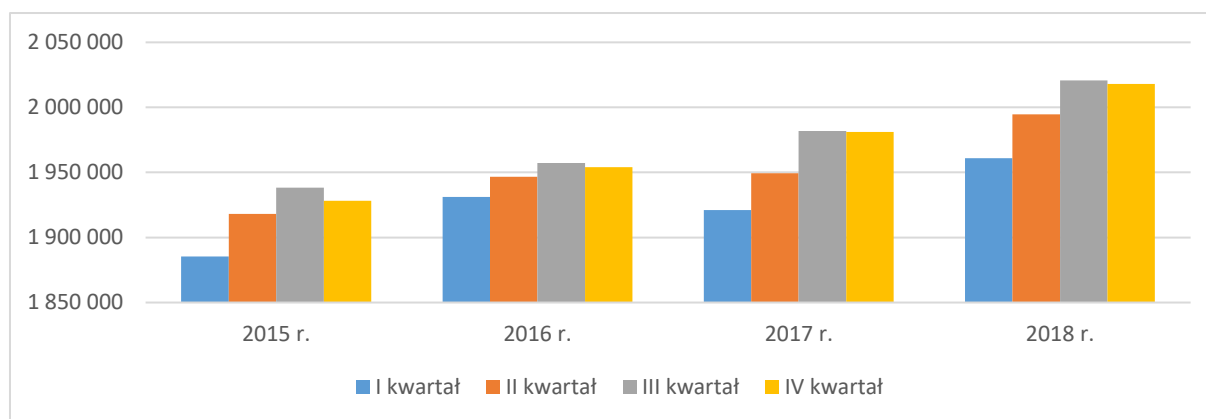
Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy założeniu wzrostu liczby realizowanych świadczeń.

Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Ze względu na fakt, że proponowane taryfy mogłyby zacząć obowiązywać od października 2019 r. oszacowania konsekwencji finansowych przeprowadzono zarówno dla IV kwartału 2019 roku jak i dla 2020 roku.

Oszacowanie liczby świadczeń w IV kwartale 2019 r.

W celu oszacowania liczby świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych w IV kwartale 2019 r. opracowano modele regresji dla poszczególnych produktów rozliczeniowych. Ze względu na zróżnicowanie liczby wykonanych świadczeń w kwartałach (co obrazuje poniższy wykres) posłużono się danymi NFZ z IV kwartałów lat 2015–2018. W wyliczeniach nie uwzględniono produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce przyjmując, że stanowią one jedynie 0,22% wszystkich świadczeń. Ze względu na wprowadzone w połowie 2018 r. zmiany dotyczące kodów produktów rozliczeniowych liczebności z nowych produktów przypisano do odpowiadających im wcześniejszych produktów. Dodatkowo świadczenia rozliczone w drugiej połowie 2018 r. produktem 5.15.00.0000185 (*osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow*) przypisano do tych rozliczonych produktem 5.15.00.0000095 (*osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0*). Analogicznie uwzględniono w wyliczeniach świadczenia rozliczone produktem 5.15.00.0000190 (*osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow*) jako 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*). Na tak przygotowanych danych przeprowadzono regresję liniową dla liczebności poszczególnych produktów i oszacowano wartości dla IV kwartału 2019 r.



Rysunek 13. Zobrazowanie liczby udzielonych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w podziale na kwartały z lata 2015–2018 (z pominięciem świadczeń związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce).

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ za lata 2015–2018.

Następnie otrzymane liczebności przypisano ponownie do aktualnie obowiązujących produktów rozliczeniowych, przy czym liczbę świadczeń wyliczoną dla produktu 5.15.00.0000095 przypisano do produktów 5.15.00.0000182 i 5.15.00.0000185 uwzględniając proporcję 98,70% i 1,30% wyliczoną na podstawie danych z 2018 r. Analogicznie liczbę świadczeń wyliczoną dla produktu 5.15.00.0000099 przypisano do produktów 5.15.00.0000188 (87,48%) i 5.15.00.0000190 (12,52%).

Oszacowanie liczby świadczeń w 2020 roku

W celu oszacowania liczby świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych dla poszczególnych produktów rozliczeniowych w 2020 r. opracowano modele regresji. Ze względu na dostępność danych za I połowę 2019 r. oraz zróżnicowanie liczby wykonanych świadczeń w półroczach osobno oszacowano liczbę świadczeń dla I połowy 2020 r. na podstawie danych z lat 2015–2019 i oddzielnie dla II połowy 2020 r. wykorzystując dane z lat 2015–2018. Zastosowano w tym przypadku analogiczną procedurę jak przy oszacowaniu liczby świadczeń w IV kwartale 2019 r. opisaną powyżej. Następnie zsumowano wyniki dla odpowiednich produktów z I i II półrocza. Należy zauważyć, że liczby świadczeń sprawozdanych do NFZ za I półrocze 2019 r. jest niższa od liczby świadczeń za analogiczny okres 2018 r. co stoi w sprzeczności ze wzrostową tendencją rocznej liczby produktów za lata 2015–2018. Tym samym oszacowania liczby świadczeń na cały 2019 rok i 2020 rok mogą być zawyżone.

Wpływ na budżet Płatnika

W oszacowaniu wpływu na budżet Płatnika proponowanych taryf wykorzystano prognozę liczby osobodni dla poszczególnych produktów opisaną powyżej.

W tabeli 12 przedstawiono prognozę wydatków NFZ na IV kwartał 2019 r. z uwzględnieniem proponowanych taryf w odniesieniu do stawek obowiązujących w 2019 r. W ostatnim wierszu tabeli uwzględniono oszacowania wartości pozostałych produktów z zakresów 14.5160.026.04 oraz 14.5161.026.04 związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce przyjmując, że stanowią one 0,22% wszystkich świadczeń z tych zakresów. Proponowane zmiany taryf wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 92 281 293 PLN (44,68%) oraz o 93 002 086 PLN (44,68%) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

W analogiczny sposób przeprowadzono również analizę wpływu na budżet Płatnika wprowadzenia w IV kwartale 2019 r. taryf, które miałyby obowiązywać od 1 stycznia 2020 r. zgodnie z obowiązującym *Zarządzeniem Prezesa NFZ*, co przedstawiono w tabeli 13. Takie zmiany wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 18 768 024 PLN (9,03%) i 18 808 624 PLN (9,03%) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

W oszacowaniu wpływu na budżet Płatnika w 2020 roku proponowanych taryf wykorzystano prognozę liczby osobodni dla poszczególnych produktów opisaną powyżej. Tak, jak w prognozach na IV kwartał 2019 r. wyniki przedstawiono dla analogicznych dwóch wariantów. W tabeli 14 przedstawiono prognozę wydatków NFZ na 2020 r. z uwzględnieniem proponowanych taryf w odniesieniu do stawek obowiązujących w 2019 r. W ostatnim wierszu tabeli uwzględniono oszacowania wartości pozostałych produktów z zakresów 14.5160.026.04 oraz 14.5161.026.04 związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce przyjmując, że stanowią one 0,22% wszystkich świadczeń z tych zakresów. Proponowane zmiany taryf wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 368 086 489 PLN (44,65%) oraz o 368 882 743 PLN (44,65) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

W analogiczny sposób przeprowadzono również analizę wpływu na budżet Płatnika wprowadzenia proponowanych zmian w odniesieniu do taryf, które miałyby obowiązywać od 1 stycznia 2020 r. zgodnie z obowiązującym *Zarządzeniem Prezesa NFZ*, co przedstawiono w tabeli 15. W tym przypadku zmiany te wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 293 667 684 PLN (32,67%) oraz o 294 302 953 PLN (32,67%) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

Tabela 12 Analiza wpływu na budżet płatnika w IV kwartale 2019 roku

Produkt rozliczeniowy		Liczba prognozowanych osobodni	Łączna wartość świadczeń (PLN) przy stawkach obowiązujących w 2019 r.	Wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)	Różnica (%)
5.15.00.0000182	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	1 750 761	151 142 482	129,04	225 923 780	74 781 298	49,48%
5.15.00.0000185	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	23 060	2 850 839	184,69	4 258 917	1 408 079	49,39%
5.15.00.0000184	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo	65 697	12 509 129	237,03	15 572 186	3 063 057	24,49%
5.15.00.0000186	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo	152 059	34 624 572	292,68	44 504 238	9 879 667	28,53%
5.15.00.0000187	osobodzeń 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	1 776	596 190	400,67	711 582	115 392	19,35%
5.15.00.0000197	osobodzeń pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	56	4 863	129,04	7 269	2 406	49,48%
5.15.00.0000188	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	27 752	3 531 140	213,27	5 918 624	2 387 485	67,61%
5.15.00.0000190	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	3 972	651 128	274,93	1 091 984	440 856	67,71%
5.15.00.0000189	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, żywionych dojelitowo	3 638	841 409	321,25	1 168 563	327 154	38,88%
5.15.00.0000191	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo	3 579	959 084	382,92	1 370 273	411 190	42,87%
5.15.00.0000192	osobodzeń 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	41	15 416	490,91	20 127	4 711	30,56%
Łącznie		2 032 389	207 726 253		300 547 546	92 821 293	44,68%
Łącznie po uwzględnieniu oszacowania wartości pozostałych produktów z zakresów 14.5160.026.04 oraz 14.5161.026.04			208 175 612		301 197 698	93 022 086	44,68%

Tabela 13 Analiza wpływu na budżet płatnika w IV kwartale 2019 roku przy przyjęciu dla scenariusza nowego stawek obowiązujących od stycznia 2020 roku zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ

Produkt rozliczeniowy		Liczba prognozowanych osobodni	Łączna wartość świadczeń (PLN) przy stawkach obowiązujących w 2019 r.	Wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)	Różnica (%)
5.15.00.0000182	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	1 750 761	151 142 482	95,05	166 414 719	15 272 237	10,10%
5.15.00.0000185	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	23 060	2 850 839	135,66	3 128 293	277 454	9,73%
5.15.00.0000184	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo	65 697	12 509 129	199,13	13 082 217	573 088	4,58%
5.15.00.0000186	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo	152 059	34 624 572	239,74	36 454 140	1 829 568	5,28%
5.15.00.0000187	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	1 776	596 190	347,72	617 559	21 369	3,58%
5.15.00.0000197	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	56	4 863	95,05	5 355	491	10,10%
5.15.00.0000188	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	27 752	3 531 140	146,49	4 065 402	534 262	15,13%
5.15.00.0000190	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	3 972	651 128	188,90	750 291	99 163	15,23%
5.15.00.0000189	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, żywionych dojelitowo	3 638	841 409	250,57	911 435	70 026	8,32%
5.15.00.0000191	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo	3 579	959 084	292,98	1 048 426	89 342	9,32%
5.15.00.0000192	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	41	15 416	400,97	16 440	1 024	6,64%
Łącznie		2 032 389	207 726 253		226 494 277	18 768 024	9,03%
Łącznie po uwzględnieniu oszacowania wartości pozostałych produktów z zakresów 14.5160.026.04 oraz 14.5161.026.04			208 175 612		226 984 236	18 808 624	9,03%

Tabela 14 Analiza wpływu na budżet płatnika w 2020 roku

Produkt rozliczeniowy		Liczba prognoszowanych osobodni	Łączna wartość świadczeń (PLN) przy stawkach obowiązujących w 2019 r.	Wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)	Różnica (%)
5.15.00.0000182	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	6 938 184	598 970 633	129,04	895 325 441	296 354 808	49,48%
5.15.00.0000185	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	91 384	11 297 742	184,69	16 877 892	5 580 150	49,39%
5.15.00.0000184	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo	261 859	49 859 610	237,03	62 068 520	12 208 909	24,49%
5.15.00.0000186	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo	604 988	137 759 178	292,68	177 066 949	39 307 771	28,53%
5.15.00.0000187	osobodzeń 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	8 269	2 775 777	400,67	3 313 024	537 247	19,35%
5.15.00.0000197	osobodzeń pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	251	21 626	129,04	32 325	10 700	49,48%
5.15.00.0000188	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	109 609	13 946 522	213,27	23 376 085	9 429 563	67,61%
5.15.00.0000190	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	15 687	2 571 684	274,93	4 312 879	1 741 195	67,71%
5.15.00.0000189	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, żywionych dojelitowo	15 187	3 512 868	321,25	4 878 730	1 365 862	38,88%
5.15.00.0000191	osobodzeń pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo	13 407	3 593 194	382,92	5 133 710	1 540 516	42,87%
5.15.00.0000192	osobodzeń 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	85	31 960	490,91	41 727	9 767	30,56%
Łącznie		8 058 909	824 340 795		1 192 427 283	368 086 489	44,65%
Łącznie po uwzględnieniu oszacowania wartości pozostałych produktów z zakresów 14.5160.026.04 oraz 14.5161.026.04			826 124 030		1 195 006 773	368 882 743	44,65%

Tabela 15 Analiza wpływu na budżet płatnika w 2020 roku przy przyjęciu dla scenariusza aktualnego stawek obowiązujących od stycznia 2020 roku zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ

Produkt rozliczeniowy		Liczba prognozowanych osobodni	Łączna wartość świadczeń (PLN) przy stawkach obowiązujących w 2020 r.	Wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)	Różnica (PLN)	Różnica (%)
5.15.00.0000182	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	6 938 184	659 493 798	129,04	895 325 441	235 831 643	35,76%
5.15.00.0000185	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	91 384	12 397 279	184,69	16 877 892	4 480 613	36,14%
5.15.00.0000184	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo	261 859	52 143 858	237,03	62 068 520	9 924 662	19,03%
5.15.00.0000186	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo	604 988	145 038 395	292,68	177 066 949	32 028 554	22,08%
5.15.00.0000187	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	8 269	2 875 267	400,67	3 313 024	437 757	15,22%
5.15.00.0000197	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	251	23 811	129,04	32 325	8 515	35,76%
5.15.00.0000188	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel	109 609	16 056 634	213,27	23 376 085	7 319 451	45,59%
5.15.00.0000190	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	15 687	2 963 335	274,93	4 312 879	1 349 544	45,54%
5.15.00.0000189	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, żywionych dojelitowo	15 187	3 805 227	321,25	4 878 730	1 073 503	28,21%
5.15.00.0000191	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo	13 407	3 927 914	382,92	5 133 710	1 205 797	30,70%
5.15.00.0000192	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	85	34 082	490,91	41 727	7 645	22,43%
Łącznie		8 058 909	898 759 599		1 192 427 283	293 667 684	32,67%
Łącznie po uwzględnieniu oszacowania wartości pozostałych produktów z zakresów 14.5160.026.04 oraz 14.5161.026.04			900 703 819		1 195 006 773	294 302 953	32,67%

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Ze względu na wysoki wpływ proponowanych tarif na wydatki Płatnika publicznego, jednoczesne wprowadzenie tarif mogłoby skutkować zmniejszeniem dostępności do udzielanych świadczeń przy jednoczesnym braku zwiększenia środków finansowych. Z tego względu można rozważać stopniowe wprowadzanie tarif wzorem poprzedniego Obwieszczenia. Wartość świadczeń w tym wariantcie przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 16 Projekt tariffy przy założeniu stopniowego zwiększania stawek

Produkt rozliczeniowy		Projekt tariffy rozłożony na okresy							
		01.10.2019 r.		01.01.2020 r.		01.01.2021 r.		01.01.2022 r.	
		pkt	PLN*	pkt	PLN*	pkt	PLN*	pkt	PLN*
5.15.00.0000182	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	3,16	95,05	3,54	106,38	3,91	117,71	4,29	129,04
5.15.00.0000185	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow	4,51	135,66	5,05	152,00	5,60	168,35	6,14	184,69
5.15.00.0000197	osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL	3,16	95,05	3,54	106,38	3,91	117,71	4,29	129,04
5.15.00.0000188	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel	4,87	146,49	5,61	168,75	6,35	191,01	7,09	213,27
5.15.00.0000190	osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow	6,28	188,90	7,23	217,58	8,19	246,25	9,14	274,93

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

Przy takim sposobie stopniowego dochodzenia do ostatecznych tariff:

- łączna wartość świadczeń w IV kwartale 2019 roku wyniosłaby **226,49 mln zł** i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o **18,77 mln zł** (9,03%) względem aktualnie obowiązujących tariff i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na IV kwartał 2019 r.,
- łączna wartość świadczeń w 2020 roku wyniosłaby **996,65 mln zł** i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o **97,89 mln zł** (10,89%) względem tariff proponowanych na IV kwartał 2019 roku i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na 2020 r.,
- łączna wartość świadczeń w 2021 roku wyniosłaby **1 094,54 mln zł** i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o **97,89 mln zł** (9,82%) względem tariff proponowanych na 2020 rok i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na 2020 r.,
- łączna wartość świadczeń w 2022 roku wyniosłaby **1 192,43 mln zł** i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o **97,89 mln zł** (8,94%) względem tariff proponowanych na 2021 rok i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na 2020 r.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Problem decyzyjny

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

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: zlecenie Ministra Zdrowia z 2.09.2019 r., znak .JA (data wpływu do AOTMiT 4.09.2019), w związku z art. 311a ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu III Planu Taryfikacji na rok 2019, tj.: „*Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”, w sprawie ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych z rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej:

- 5.15.00.0000182 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel,
- 5.15.00.0000185 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow,
- 5.15.00.0000197 - osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL,
- 5.15.00.0000188 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 – 40 w skali Barthel,
- 5.15.00.0000190 - osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow.

Wszystkie świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze z katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej były przedmiotem taryfikacji.

Taryfy dla świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych zostały opublikowane w *Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej* oraz *Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej*. Ze względu na duży wpływ na budżet płatnika publicznego, zgodnie z rekomendacją Rady ds. Taryfikacji w obwieszczeniu uwzględniono systematyczne zwiększanie stawek do poziomu zaproponowanego przez AOTMiT.

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.

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-lecznicze 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.

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

Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze obejmują świadczeniami osoby, które w ocenie według skali poziomu samodzielności Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. 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.

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

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.

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. 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.

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.

Aktualny stan finansowania

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 obowiązek 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.

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)* zaś zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w *Zarządzeniu nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz w zarządzeniach zmieniających (73/2018/DSOZ i 94/2019/DSOZ)*.

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).

Należy również wspomnieć o zapisach *Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz.U. 2019 r. poz. 1569)*, która wraz z aktami wykonawczymi określa poziom dofinansowania świadczeń udzielanych w ZOL/ZPO weteranom.

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* (Dz.U. 2019 poz. 1111) 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 rokuje poprawy, a na placówce również spoczywa obowiązek zapewnienia pobierania nauki. Ponadto opiekunami prawnymi wielu podopiecznych są pracownicy zakładów opiekuńczo-leczniczych.

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 powinna 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.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby podmiotów realizujących dane świadczenie.

W 2018 roku na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych przeznaczono łącznie ponad 709,5 mln zł, z czego prawie 689,6 mln zł na świadczenia udzielane osobom dorosłym (97,19%), a niecałe 20 mln zł na świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. (2,81%). Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce w sumie kosztowały płatnika ponad 1,3 mln zł (0,19%).

Jednak wartość zrealizowanych świadczeń była wyższa od wartości świadczeń rozliczonych: w 2018 roku sprawozdano do NFZ świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych o łącznej wartości prawie 721,7 mln zł, z czego ponad 701,6 mln zł kosztowały świadczenia udzielane osobom dorosłym (97,23%), a 20 mln zł świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. (2,77%). Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce w sumie kosztowały płatnika niespełna 1,4 mln zł (0,19%).

Należy zauważyć, że istnieją duże różnice w poszczególnych latach w liczbie świadczeń sprawozdanych i rozliczonych co przekłada się na wartość nierozliczonych świadczeń sięgającą ponad 19,5 mln zł w 2016 r., co odpowiadało 2,9% wartości wykonanych świadczeń w tym roku. W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie liczby świadczeń sprawozdanych i rozliczonych oraz ich wartości jak i różnic pomiędzy nimi.

W 2018 r. liczba wykazanych świadczeń udzielonych dorosłym (zakres świadczeń 14.5160.026.04) wyniosła 7 913 392, a udzielonych dzieciom (zakres świadczeń 14.5161.026.04) wyniosła 154 928,

co łącznie stanowi 8 068 320 świadczeń sprawozdanych do NFZ. Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce stanowiły: 0,91% wśród świadczeń udzielanych dorosłym i 1,52% wśród świadczeń udzielanych dzieciom.

Z kolei liczba świadczeń dla dorosłych rozliczonych w 2018 r. wyniosła 7 826 071, a udzielonych dzieciom 154 301, co łącznie stanowi świadczeń 7 980 372 rozliczonych. Osobodni związane z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce stanowiły: 0,91% wśród świadczeń udzielanych dorosłym i 1,5% wśród świadczeń udzielanych dzieciom.

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 wykorzystano jedynie dane WHC o średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia. Na początku 2019 r. średni czas oczekiwania do ZOL wynosił 11,8 miesięcy zaś do ZPO 8,8 miesięcy. Od początku 2012 r. obserwuje się stopniowe wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL i obserwuje się tendencją spadkową dotyczącą czasu oczekiwania na przyjęcie do ZPO.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane osobom dorosłym

Produkty rozliczeniowe można podzielić na 2 „produkty bazowe” (udzielane osobom uzyskującym wynik w skali Barthel z przedziału 0–40; udzielane osobom uzyskującym wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow – przy czym produkt ten pojawił się dopiero w drugiej połowie 2018 roku) oraz produkty związane z żywieniem dojelitowym i pozajelitowym. Liczba świadczeń (osobodni) rozliczanych w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych wzrasta z roku na rok. Można również zaobserwować, że liczba udzielonych/zrealizowanych świadczeń jest wyższa od liczby rozliczonych świadczeń. Podobnie jest z wydatkami płatnika publicznego – można zaobserwować systematyczny wzrost wydatków Płatnika z roku na rok (o 1% w 2016 r. względem 2015 r., o 3% w 2017 roku względem 2016 r. i o 5% w 2018 r. względem 2017 r.), przy czym wartość rozliczonych świadczeń jest mniejsza niż wartość świadczeń zrealizowanych w każdym z analizowanych lat (w zaokrągleniu o 6 mln zł w 2016 roku, 19 mln zł w 2016 roku, o 9,5 mln w 2017 roku i 12 mln w 2018 r.). Zdecydowanie największa część wydatków jest przeznaczana na rozliczanie świadczeń związanych z pobytem osób uzyskujących wyniki w skali Barthel od 0 do 40 (ok. 78 % w zależności od roku), następnie zaś na świadczenia związane z pobytami osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, żywionych dojelitowo (ok. 17% w zależności od roku). Obserwuje się również niewielki wzrost liczby świadczeniodawców (poniższy wykres) względem 2015 roku, przy czym w związku z pojawieniem się nowego produktu NFZ służącego rozliczaniu świadczeń związanych z pobytem osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, dla pacjentów, którzy nie wymagają żywienia dojelitowego/pozajelitowego obserwuje się pojawienie się świadczeniodawców udzielających świadczeń tej grupie pacjentów.

Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane dzieciom i młodzieży < 18 r.ż.

Podobnie jak w przypadku świadczeń dla osób dorosłych produkty rozliczeniowe można podzielić na 2 „produkty bazowe” (udzielane osobom uzyskującym wynik w skali Barthel z przedziału 0–40; udzielane osobom uzyskującym wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow – przy czym produkt ten pojawił się dopiero w drugiej połowie 2018 roku) oraz produkty związane z żywieniem dojelitowym i pozajelitowym. Sumaryczna liczba świadczeń (osobodni) utrzymuje się na podobnym poziomie na przestrzeni analizowanych lat. Można również zaobserwować, że liczba udzielonych/zrealizowanych świadczeń jest wyższa od liczby rozliczonych świadczeń.

Podobnie jest z wydatkami płatnika publicznego – można zaobserwować wzrost wydatków Płatnika w 2018 r. względem 2015 roku o 5% (spadek o 0,1% w 2016 r. względem 2015 r., spadek o 3% w 2017 r. względem 2016 r., wzrost o 8% w 2018 r. względem 2017 r.), przy czym wartość rozliczonych świadczeń jest mniejsza niż wartość świadczeń zrealizowanych w każdym z analizowanych lat (w zaokrągleniu 304 tys. w 2015 r., 540 tys. w 2016 r., 221 tys. w 2017 r., 60,5 tys. w 2018 r.). Zdecydowanie największa część wydatków jest przeznaczana na rozliczanie świadczeń związanych z pobytem osób uzyskujących wyniki w skali Barthel od 0 do 40 (ok. 58% w zależności od roku), następnie zaś na świadczenia związane z pobytami osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, wymagających żywienia dojelitowego (ok. 11% w zależności od roku).

Liczba świadczeniodawców (poniższy wykres), udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dzieciom i młodzieży < 18 r.ż. pozostaje na podobnym poziomie na przestrzeni analizowanych lat, przy czym w związku z pojawieniem się nowego produktu NFZ służącego rozliczaniu świadczeń związanych z pobytem dzieci do 3 roku życia lub osób uzyskujących wynik 0 w skali Barthel i do 8 punktów w skali Glasgow, dla pacjentów, którzy nie wymagają żywienia dojelitowego/pozajelitowego obserwuje się pojawienie się świadczeniodawców udzielających świadczeń tej grupie pacjentów.

Świadczenia udzielane weteranom

Świadczenia udzielane weteranom stanowią niewielki odsetek wszystkich świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych. Duży wzrost liczby udzielanych świadczeń obserwuje się w 2018 roku, co mimo wszystko (z uwzględnieniem produktów związanych z pobytem na przepustce) stanowiło 0,004% wszystkich udzielonych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych.

Podobnie jest z wydatkami płatnika publicznego – można zaobserwować systematyczny wzrost wydatków Płatnika z roku na rok (o 148% w 2016 r. względem 2015 r., o 14% w 2017 roku względem 2016 r. o 59% w 2018 r. względem 2017 r.), co wynika głównie ze wzrostu liczby udzielanych świadczeń. Wartość rozliczonych świadczeń jest równa wartości świadczeń zrealizowanych w każdym z analizowanych lat. Można również zauważyć, że w 2018 roku wzrosła również liczba świadczeniodawców (z 2 w 2015 roku do 7 w 2018 roku)

Kolejki

Z danych Fundacji WHC wynika, że na początku 2019 r. średni czas oczekiwania do ZOL wynosił 11,8 miesięcy zaś do ZPO 8,8 miesięcy. Od początku 2012 r. obserwuje się stopniowe wydłużenie średniego czasu oczekiwania na przyjęcie do ZOL i obserwuje się tendencją spadkową dotyczącą czasu oczekiwania na przyjęcie do ZPO.

Z danych NFZ wynika, że w porównaniu do 2015 roku przy jednoczesnym zwiększeniu łącznej liczby świadczeń udzielanych osobom dorosłym obserwuje się spadek liczby pacjentów i wydłużenie średniego czasu pobytu.

Inaczej w przypadku świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży. W porównaniu do 2015 roku przy mniej więcej stałej liczbie świadczeń obserwuje się podobną liczbę pacjentów i niewielkie skrócenie czasu pobytu.

Stan finansowania w innych krajach

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 odgórnie obowiązuje jedynie w niektórych prowincjach w Kanadzie, a także w Holandii w odniesieniu do poszczególnych pakietów opieki.

Projekt taryf

Na potrzeby aktualizacji wyceny świadczenia Agencja nie gromadziła nowych danych. Wykorzystano dane zgromadzone w ramach postępowania nr 27⁴. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania był 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*

⁴ <http://www.aotm.gov.pl/www/taryfikacja/taryfikowane-swadczenia/postepowania-zakonczone/27-swadczenia-w-zpozol-powt/> data dostępu: 11.09.2019 r.

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.

Dane kosztowe przekazało 59 świadczeniodawców.

Analiza danych prowadzona w 2017 roku uwzględniała 3 warianty:

- Wariant 1 – analiza danych finansowo-księgowych za 2015 rok (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.

Projekty taryf zostały ostatecznie oparte o wyniki analizy kosztów przeprowadzonej w wariantie pierwszym.

W celu zweryfikowania taryfy na rok 2019 wyniki analizy kosztów z 2015 roku powiększono o odpowiedni mnożnik zmian wielkości kosztów na 2019 roku (22,4388%) i na tej podstawie zaproponowano taryfy dla przedmiotowych świadczeń.

Wszystkie propozycje wiążą się z wyższą wyceną świadczeń:

- o 49% – świadczenia udzielane dorosłym i o 68% – świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży < 18 r.ż. w porównaniu do aktualnie obowiązujących wycen (tj. w 2019 r.),
- o 15% w porównaniu do wycen, które mają obowiązywać w 2022 roku.

Przewiduje się ponadto, wzorem poprzednich projektów taryf z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, zastąpienie produktów związanych z żywieniem dojelitowym lub pozajelitowym 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 (108 PLN w przypadku żywienia dojelitowego, 108 PLN w przypadku żywienia pozajelitowego częściowego oraz 216 PLN w przypadku całkowitego żywienia pozajelitowego).

Analiza wpływu na budżet

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych. 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 wzrostu liczby realizowanych świadczeń.

Należy mieć na uwadze fakt, że analiza uwzględnia również świadczenia, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Ze względu na fakt, że proponowane taryfy mogłyby zacząć obowiązywać od października 2019 r., a dochodzenie do zaproponowanych stawek byłoby stopniowe, oszacowania konsekwencji finansowych przeprowadzono zarówno dla IV kwartału 2019 roku jak i dla lat 2020–2022.

Oszacowanie liczby świadczeń w IV kwartale 2019 r.

W celu oszacowania liczby świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych w IV kwartale 2019 r. opracowano modele regresji dla poszczególnych produktów

rozliczeniowych. Ze względu na zróżnicowanie liczby wykonanych świadczeń w kwartałach posłużono się danymi NFZ z IV kwartałów lat 2015–2018. W wyliczeniach nie uwzględniono produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce przyjmując, że stanowią one jedynie 0,22% wszystkich świadczeń. Ze względu na wprowadzone w połowie 2018 r. zmiany dotyczące kodów produktów rozliczeniowych liczebności z nowych produktów przypisano do odpowiadających im wcześniejszych produktów. Dodatkowo świadczenia rozliczone w drugiej połowie 2018 r. produktem 5.15.00.0000185 (*osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow*) przypisano do tych rozliczonych produktem 5.15.00.0000095 (*osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel, ze współczynnikiem korygującym 1,0*). Analogicznie uwzględniono w wyliczeniach świadczenia rozliczone produktem 5.15.00.0000190 (*osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3 roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow*) jako 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*). Na tak przygotowanych danych przeprowadzono regresję liniową dla liczebności poszczególnych produktów i oszacowano wartości dla IV kwartału 2019 r.

Następnie otrzymane liczebności przypisano ponownie do aktualnie obowiązujących produktów rozliczeniowych, przy czym liczbę świadczeń wyliczoną dla produktu 5.15.00.0000095 przypisano do produktów 5.15.00.0000182 i 5.15.00.0000185 uwzględniając proporcję 98,70% i 1,30% wyliczoną na podstawie danych z 2018 r. Analogicznie liczbę świadczeń wyliczoną dla produktu 5.15.00.0000099 przypisano do produktów 5.15.00.0000188 (87,48%) i 5.15.00.0000190 (12,52%).

Oszacowanie liczby świadczeń w 2020 roku

W celu oszacowania liczby świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych dla poszczególnych produktów rozliczeniowych w 2020 r. opracowano modele regresji. Ze względu na dostępność danych za I połowę 2019 r. oraz zróżnicowanie liczby wykonanych świadczeń w półroczach osobno oszacowano liczbę świadczeń dla I połowy 2020 r. na podstawie danych z lat 2015–2019 i oddzielnie dla II połowy 2020 r. wykorzystując dane z lat 2015–2018. Zastosowano w tym przypadku analogiczną procedurę jak przy oszacowaniu liczby świadczeń w IV kwartale 2019 r. opisaną powyżej. Następnie zsumowano wyniki dla odpowiednich produktów z I i II półrocza. Należy zauważyć, że liczby świadczeń sprawozdanych do NFZ za I półrocze 2019 r. jest niższa od liczby świadczeń za analogiczny okres 2018 r. co stoi w sprzeczności ze wzrostową tendencją rocznej liczby produktów za lata 2015–2018. Tym samym oszacowania liczby świadczeń na cały 2019 rok i 2020 rok mogą być zawyżone.

Wpływ na budżet Płatnika

W oszacowaniu wpływu na budżet Płatnika proponowanych taryf wykorzystano prognozę liczby osobodni dla poszczególnych produktów opisaną powyżej.

Proponowane zmiany taryf wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika w IV kwartale 2019 r. o 92 281 293 PLN (44,68%) oraz o 93 002 086 PLN (44,68%) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

W analogiczny sposób przeprowadzono również analizę wpływu na budżet Płatnika wprowadzenia w IV kwartale 2019 r. taryf, które miałyby obowiązywać od 1 stycznia 2020 r. zgodnie z obowiązującym *Zarządzeniem Prezesa NFZ*. Takie zmiany wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 18 768 024

PLN (9,03%) i 18 808 624 PLN (9,03%) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

Natomiast w 2020 roku proponowane zmiany tariff wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 368 086 489 PLN (44,65%) oraz o 368 882 743 PLN (44,65) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

W analogiczny sposób przeprowadzono również analizę wpływu na budżet Płatnika wprowadzenia proponowanych zmian w odniesieniu do tariff, które miałyby obowiązywać od 1 stycznia 2020 r. zgodnie z obowiązującym *Zarządzeniem Prezesa NFZ*. W tym przypadku zmiany te wiązałyby się ze wzrostem wydatków Płatnika o 293 667 684 PLN (32,67%) oraz o 294 302 953 PLN (32,67%) przy uwzględnieniu produktów rozliczeniowych związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce.

Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Ze względu na wysoki wpływ proponowanych tariff na wydatki Płatnika publicznego, jednoczesne wprowadzenie tariff mogłoby skutkować zmniejszeniem dostępności do udzielanych świadczeń przy jednoczesnym braku zwiększenia środków finansowych. Z tego względu można rozważać stopniowe wprowadzanie tariff wzorem poprzedniego Obwieszczenia. Wartość świadczeń w tym wariantcie przedstawiono w poniższej tabeli.

Przy takim sposobie stopniowego dochodzenia do ostatecznych tariff:

- łączna wartość świadczeń w IV kwartale 2019 roku wyniosłaby 226,49 mln zł i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o 18,77 mln zł (9,03%) względem aktualnie obowiązujących tariff i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na IV kwartał 2019 r.,
- łączna wartość świadczeń w 2020 roku wyniosłaby 996,65 mln zł i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o 97,89 mln zł (10,89%) względem tariff proponowanych na IV kwartał 2019 roku i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na 2020 r.,
- łączna wartość świadczeń w 2021 roku wyniosłaby 1 094,54 mln zł i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o 97,89 mln zł (9,82%) względem tariff proponowanych na 2020 rok i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na 2020 r.,
- łączna wartość świadczeń w 2022 roku wyniosłaby 1 192,43 mln zł i wiązała się ze wzrostem wydatków Płatnika o 97,89 mln zł (8,94%) względem tariff proponowanych na 2021 rok i przyjęciu prognozowanych wartości dotyczących liczby świadczeń na 2020 r.

6. Bibliografia

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2017). *Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.49.2016*. Warszawa: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
- 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*.
- 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.)
- Dąbrowska-Jędral, M. (2008). *Fakty na temat HIV i AIDS dla pielęgniarek i położnych*. Warszawa.
- 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/Zrozumieć-prawa-pacjenta_srodek-wyd-II_2015.pdf (data dostępu: 12.02.2017 r.)
- 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.homecaresstudy.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 Syndromes*. Pobrano z lokalizacji 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
- Hosein, S. (2014). *Long-term HIV infection and health-related quality of life*. Pobrano z lokalizacji <http://www.catie.ca/en/catieneews/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/catieneews/2016-03-23/older-people-hiv-face-different-long-term-health-challenges> (data dostępu: 30.05.2017 r.)
- Kędziora-Kornatowska, K., Muszalić, M. i Skolmowska, E. (2010). *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. Warszawa: PZWL.
- Komisja Europejska. (2013). *The indirect costs of long-term care*.
- 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%20Iona.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*.
- 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.)
- Mitek, A. (2014). Wpływ zróżnicowania województw na finansowanie opieki długoterminowej w Polsce. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*(67).
- 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*.

- 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
- Toczyńska, A., Krajewska-Kułak, 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-Kułak, E. i Łukaszuk, C. (2012). Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Problemy Pielęgniarstwa*.
- Werachowska, L., Damps-Konstańska, I. i Janowicz, A. (2013). Opiekun medyczny nowym elementem zespołu terapeutycznego w opiece nad przewlekle 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 (data dostępu: 8.02.2017 r.)

7. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Ocena pacjenta według skali Barthel (Wiktor, Drozdowska i Czekajło, 2010, strony 78-79)	6
Tabela 2 Skala Glasgow (Medycyna Praktyczna, 2017)	7
Tabela 3 Wybrane problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie (Kędziora-Kornatowska, Muszalik i Skolmowska, 2010))	8
Tabela 4 Grupy rozpoznai u badanych pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego (Kuźmich, Sprawność psychofizyczna osób z zaburzeniami funkcji poznawczych objętych stacjonarną długoterminową w Polsce, 2012, str. 37)	11
Tabela 5 Warunki udzielania świadczeń	22
Tabela 6 Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych	28
Tabela 7 Ośrodki opiekuńczo-wychowawcze i placówki opiekuńczo-terapeutyczne wraz z finansowaniem przypadającym na każde dziecko (opracowanie własne)	33
Tabela 8 Liczba i wartość świadczeń sprawozdanych i rozliczonych na przestrzeni lat 2015–2018	37
Tabela 9 Wyniki analizy kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych	47
Tabela 10 Wyniki analizy kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży < 18 r.ż.	47
Tabela 11 Projekty taryf	48
Tabela 12 Analiza wpływu na budżet płatnika w IV kwartale 2019 roku	53
Tabela 13 Analiza wpływu na budżet płatnika w IV kwartale 2019 roku przy przyjęciu dla scenariusza nowego stawek obowiązujących od stycznia 2020 roku zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ	54
Tabela 14 Analiza wpływu na budżet płatnika w 2020 roku	55
Tabela 15 Analiza wpływu na budżet płatnika w 2020 roku przy przyjęciu dla scenariusza aktualnego stawek obowiązujących od stycznia 2020 roku zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ	56
Tabela 16 Projekt taryfy przy założeniu stopniowego zwiększania stawek	57

Spis rysunków

Rysunek 1. Najważniejsze czynniki składające się na komfort przewlekłe chorego w opinii ankietowanych objętych opieką długoterminową w ZOL (Toczyńska, Krajewska-Kułać i Łukaszuk, 2012).	12
Rysunek 2. Ocena jakości życia pacjentów ZOL w Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (Toczyńska, Krajewska-Kułać i Łukaszuk, 2012).	13
Rysunek 3. Liczba świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielnych w warunkach stacjonarnych dla dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	38
Rysunek 4. Wydatki Płatnika na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	38
Rysunek 5. Liczba podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	39
Rysunek 6. Liczba świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielnych w warunkach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży < 18 r.ż. na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	40
Rysunek 7. Wydatki Płatnika na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych dla dzieci i młodzieży na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	41
Rysunek 8. Liczba podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla osób dorosłych na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	41
Rysunek 9. Liczba świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych udzielnych w warunkach stacjonarnych weteranom na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	42
Rysunek 10. Wydatki Płatnika na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych weteranom na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	42
Rysunek 11. Liczba podmiotów udzielających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych dla weteranów na przestrzeni lat 2015–2019 (I połowa).	43
Rysunek 12. Średni czas oczekiwania (w miesiącach) na pobyt w ZOL/ZPO	44
Rysunek 15. Zobrazowanie liczby udzielonych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w podziale na kwartały z lata 2015–2018 (z pominięciem świadczeń związanych z czasowym pobytem pacjenta w szpitalu lub na przepustce).	51

8. Załączniki

Załącznik nr 1. Zestawienie zmian dotyczących produktów rozliczeniowych

Załącznik nr 2. Opis mnożnika zmian wielkości kosztów