



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

„Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa”

Opracowanie na potrzeby wydania taryfy

Nr: AOTMiT-WT-553-8/2015

Data ukończenia: 02.12.2015

Wykaz skrótów

AALTC - American Association for Long Term Care

ADL – (ang. Activities of daily living) czynności dnia codziennego

ANA - American Nurses Association

Agencja, AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych

BIA - (ang. budget impact analysis) analiza wpływu na budżet

CAN – Canadian Nurse Association

CAMP – Capital Asset Pricing Model

DPS – Dom Pomocy Społecznej

ICD-10 - (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

GUS – Główny Urząd Statystyczny

GPW – Giełda Papierów Wartościowych

MZ - Ministerstwo Zdrowia

nd – nie dotyczy

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NHPPD - Nursing hours per patient day, Godzina pracy pielęgniarskiej, a „pacjentodzień”

NHS – Narodowa Służba Zdrowia (ang. National Health Service),

NMDS - Nursing Minimum Data Set

NICE - National Institute for Health and Care Excellence (Wlk. Brytania)

OIPP – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PODD – Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa

PTP – Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

PRN - Projet de Recherche en Nursing

RAI - Resident Assessment Instrument, metoda oceny stanu pacjenta

SG MOH – Sinapore Ministry of Health

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SIIPS - Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée, Pielęgniarska opieka zindywidualizowana

Ustawa o świadczeniach – Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581.)

WACC – Weighted Average Cost of Capital

WHO - (ang. World Health Organization) Światowa Organizacja Zdrowia

WISN - Workload Indicators of Staffing Need, Wskaźnik obciążenia pracą dla określenia potrzeb kadrowych

WT – Wydział Taryfikacji Agencji

ZOL – Zakład Opiekuńczo Lecznicy

ZPO – Zakład Opieki Pielęgniarskiej

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
1.1. Przedmiot zlecenia	4
1.2. Oceniane świadczenie	4
1.2.1. Problem zdrowotny	4
1.2.2. Opis procedury	13
1.2.3. Wytyczne kliniczne/standardy postępowania	16
1.3. Aktualny stan finansowania w Polsce	24
1.3.1. Aktualny zakres, sposób i poziom finansowania w Polsce	25
1.3.2. Liczba i wartość podpisanych umów z NFZ w latach 2010-2015	28
1.3.3. Koszty realizacji świadczeń	30
1.3.4. Liczba pielęgniarek	30
1.3.5. Liczba placówek	31
1.3.6. Kolejki oczekujących	32
1.4. Rozwiązania systemowe oraz poziom finansowania w innych krajach	32
2. Metodyka	44
2.1. Pozyskanie danych	44
2.2. Weryfikacja danych	51
2.3. Ustalenie Taryfy	51
2.3.1. Koszt bazowy	52
2.3.2. Koszty procedur	54
2.3.3. Leki i wyroby medyczne	54
2.3.4. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń	54
2.3.5. Przekształcenie danych medyczno-kosztowych w taryfę	55
3. Taryfa	56
4. Opinie ekspertów	58
5. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	59
5.1. Wpływ na budżet płatnika publicznego	59
5.2. Aspekty organizacyjne	62
6. Kluczowe informacje i wnioski	65
7. Źródła	69
8. Załączniki	71

1. Problem decyzyjny

1.1. Przedmiot zlecenia

W dniu 18 sierpnia 2015 r., do AOTMiT wpłynęło zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2015 r., dotyczące wydania, na podstawie punktu VI planu taryfikacji na 2015 r. tj. „Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”, wyceny świadczenia: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa. Minister wskazał, iż zlecenie ma zostać zrealizowane do końca 2015 r.

Celem opracowania jest weryfikacja wyceny punktowej świadczeń opieki zdrowotnej przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców i zaproponowanie nowych taryf punktowych odzwierciedlających wzajemne relacje kosztowe, z wykorzystaniem danych historycznych wybranych świadczeniodawców za 2013 i 2014 rok, zgodnie z przyjętą metodyką. Przedmiotem opracowania są świadczenia w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, z zakresu świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Świadczenia z zakresu długoterminowej pielęgniarskiej opieki domowej regulowane są Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2013 poz. 1480) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2014 poz. 960). Świadczenia gwarantowane w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone są w Zarządzeniu nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r.

1.2. Oceniane świadczenie

1.2.1. Problem zdrowotny

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w Polsce

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

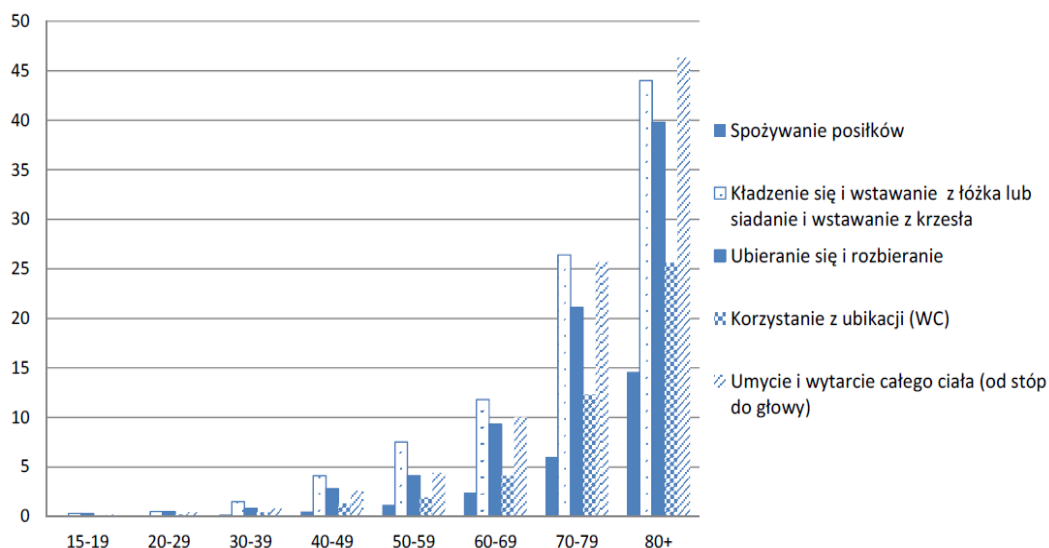
- Demograficzne starzenie się społeczeństwa, wpływające bezpośrednio na wzrost liczby osób niesamodzielnych i wydłużający się okres pozostawania w tym stanie;
- Sytuacja na rynku pracy, związane z nią procesy migracyjne oraz wzrost mobilności przestrzennej ludności i ograniczenie możliwości wywiązania się przez rodzinę z jej funkcji opiekuńczych;
- Zmiany wielkości i składu gospodarstw domowych, powodujące ograniczenie możliwości sprawowania pielęgnacji w ramach rodziny i gospodarstwa domowego;
- Postępująca profesjonalizacja świadczeń pielęgnacyjnych związana ze stosowaniem technik coraz bardziej wymagających uprzedniego przygotowania zawodowego [1].

Szczególne znacznie dla szacunków zapotrzebowania na świadczenia ma demograficzne starzenie się społeczeństw, wyrażające się wzrostem odsetka ludzi starych w całej populacji [1]. Jedną z przyczyn wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia człowieka. Wydłużanie czasu trwania życia ma również istotny wpływ na proces podwójnego starzenia się ludności, który polega na jednoczesnym wzroście odsetka ludzi w wieku 80 lat i więcej w całym społeczeństwie oraz w grupie osób w wieku 65 lat i więcej. Prognozy demograficzne GUS pokazują, że do 2035 r. subpopulacja ludzi mających 65 lat i więcej w Polsce wzrośnie o 62% w porównaniu do 2010 r., natomiast subpopulacja ludzi mających 80 lat i więcej wzrośnie w tym samym okresie aż o 96%. Starzenie się społeczeństwa, oprócz wydłużania się przeciętnego trwania życia człowieka, jest związane również ze spadkiem umieralności i spadkiem liczby urodzeń. Zjawiska te wynikają z rozwoju nowych technologii medycznych i nowoczesnych metod diagnostycznych oraz poprawy kondycji zdrowotnej Polaków [2].

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że do 2035 r. w Polsce obserwować będziemy dwa różnokierunkowe procesy demograficzne: przy oczekiwanym wzroście liczby osób starszych w Polsce nastąpi ogólny spadek liczby ludności. Spodziewany spadek liczby ludności implikuje dalsze ograniczenie możliwości wypełniania przez rodzinę zadań opiekuńczych i powoduje wzrost zapotrzebowania na pomoc profesjonalną lub świadczenia udzielane przez wolontariat [1].

Istotnym czynnikiem wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne jest również sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego. Każdy stan chorobowy, niezależnie do jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem lub spowodować długotrwałe bądź trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa wyraża się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i psychiczne. Towarzyszy temu stałe zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych oraz tych, które ze względu na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenia funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego. Niepełnosprawność wg WHO to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Niepełnosprawność natomiast, to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób innych w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego [1].

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



Rycina 1. Częstość występowania trudności w samoobsłudze (w %) [2]

Problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej

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

Tabela 1. Wybrane problemy pacjentów w aspekcie opieki długoterminowej (opracowanie własne na podstawie [3])

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 kikutu amputowanej kończyny (tzw. bólów fantomowych), brak umiejętności prawidłowej pielęgnacji kikutu amputowanej kończyny, brak umiejętności prawidłowego bandażowania kikutu amputowanej kończyny, brak umiejętności hartowania kikutu, 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 zarobkowania przez chorego po amputacji kończyny.</p> <p>W pielęgnacji i rehabilitacji chorych po amputacji kończyn pielęgniarka odgrywa dużą rolę nie tylko we wczesnym okresie okołoperacyjnym, ale również w opiece długoterminowej, gdy konieczne jest stałe wspieranie chorego w radzeniu sobie z niepełnosprawnością i pojawiającymi się problemami pielęgnacyjnymi.</p>
Schorzenia neurologiczne	<p>Osoby ze schorzeniami neurologicznymi stanowią liczną grupę wśród podopiecznych pielęgniarek rodzinnych. Są to pacjenci w różnym wieku: dzieci, ludzie młodzi, dorośli w starszym wieku. Większość schorzeń klasyfikowanych jest jako typowe jednostki neurologiczne, jednak część zaburzeń neurologicznych stanowią powikłania w przebiegu przewlekłych chorób naczyniowych, metabolicznych lub urazów mechanicznych, m. in. stany po udarach niedokrwiniowych i wylewach krwi do mózgu, zespoły psychoorganiczne, choroby zwyrodnieniowe, demielinizacyjne (m. in. stwardnienie rozsiane) i inne.</p> <p>Pacjenci ze schorzeniami neurologicznymi borykają się z zaburzeniami ruchu występującymi pod postacią niedowładów i porażań, odleżynami, pęcherzem neurogennym, problemami z wydalaniem, zaburzeniami w przyjmowaniu posiłków, z trudnościami w komunikacji oraz problemami emocjonalnymi.</p>
Uraz rdzenia kręgowego	<p>Najczęstszą przyczyną urazów kręgosłupa na całym świecie są: wypadki komunikacyjne, upadki z wysokości oraz urazy sportowe. Dotyczą one często ludzi młodych i są nagłą przyczyną wielu problemów natury biologicznej, psychicznej i społecznej. Występujący tuż po urazie deficyt neurologiczny utrzymuje się niekiedy do końca życia. Dołącza się do niego wiele powikłań, takich jak: odleżyny, spastyczność, przykurcze, zaburzenia zwieraczy, zaburzenia sprawności seksualnej, zaburzenia emocjonalne. Pacjenci stają się zależni od wykwalifikowanego personelu, opiekunów i osób bliskich. Niektórzy z poszkodowanych do końca życia wymagają ciągłej pielęgnacji, rehabilitacji usprawniającej i społecznej.</p> <p>Problemy pacjentów po urazach rdzenia kręgowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ścięgniastych 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 okostnowe – 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 okostnowe 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, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, toczeń rumieniowaty układowy, dna moczanowa, gorączka reumatyczna i inne. Pierwszymi objawami chorób zapalnych stawów są występujące rano: sztywność stawów, ból i obrzęk jednego czy kilku stawów, stałe bóle mięśniowe oraz niczym niewytłumaczone stany</p>

	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.
Cukrzyca	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.
Starzenie się	<p>W starszym wieku następuje stopniowe ograniczenie sprawności fizycznej oraz zwiększenie zapadalności na choroby przewlekłe. Do najczęściej występujących schorzeń u osób po 60 r.ż. zalicza się: niewydolność układu sercowo-naczyniowego, niewydolność krążenia mózgowego, schorzenia układu ruchu, choroby metaboliczne. Choroby przewlekłe występujące u osób starszych powodują zaburzenia w czynnościach całego organizmu, a dysfunkcje w sferze biologicznej najczęściej rzutują na zdrowie psychiczne i życie społeczne pacjenta. Do najważniejszych problemów zdrowotnych i społecznych ludzi starszych można zaliczyć: samotność, występowanie wielu schorzeń, inwalidztwa, niepełnosprawności, życie w ubóstwie, poczucie nieprzydatności, bezradności i zależności od innych osób. Problemy zdrowotne i pielęgnacyjne pacjentów przewlekłe chorych w starszym wieku mogą dotyczyć wielu dziedzin życia jednocześnie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 m k ro- 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	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.

Celem badania *Markiewicz 2014* [4] była ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. Badaniami objęto 190 pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej dwóch niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej w województwie śląskim. Badania przeprowadzono w okresie od marca do kwietnia 2013 roku. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziami badawczymi były kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji oraz skala Barthel.

Badani pacjenci to osoby w wieku 44–100 lat. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 81,99 lata, dla kobiet 83,48 lat, dla mężczyzn 78,76 lat. Wśród badanych pacjentów 148 osób to kobiety, co stanowi 77,89% ogółu badanych, natomiast 42 osoby to mężczyźni, co stanowi 22,11% ogółu badanych. Ponad połowę badanych (55,26%; 105 osób) stanowili pacjenci w wieku 75–89 lat, prawie jedną czwartą — 24,21% (46 osób) pacjenci w wieku 90 lat i więcej. Kolejną grupą byli pacjenci w wieku 60–74 lata, których było 15,26% (29 osób) ogółu badanych. Najmniej liczną grupę badanych stanowili pacjenci w wieku 41–59 lat, których było jedynie 5,26% (10 pacjentów) ogółu badanych. Zdecydowana większość badanych to mieszkańcy miasta — 97,89% (186 osób), jedynie 2,11% (4 osoby) to mieszkańcy wsi. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem podstawowym, których było 44,74% (85 osób) ogółu badanych, kolejną grupę stanowili pacjenci z wykształceniem zawodowym, których było 23,16% (44 osoby) ogółu badanych, następnie pacjenci z wykształceniem średnim, których było 20,53% (39 osób) ogółu badanych, najmniej liczną grupą byli pacjenci z wykształceniem wyższym, których było 8,95% (17 osób) ogółu badanych. Od 2,63% badanych (5 osób) nie uzyskano odpowiedzi. Dla dwóch trzecich badanych — 66,84% (127 osób) źródłem utrzymania była emerytura, dla 27,37% (52 osoby) renta, natomiast dla 4,74% (9 osób) zasiłek chorobowy, od 1,05% (2 osób) badanych nie uzyskano odpowiedzi [4].

U ponad połowy badanych — 54,21% (103 osób) codzienną opiekę sprawowały dzieci i/lub wnuki, nad 17,37% (33 osoby) badanych inne osoby, z kolei u 16,32% (31 osób) badanych opiekę pełnił współmałżonek i u takiej samej liczby badanych — 16,32% (31 osób) opiekę sprawowali krewni. Najliczniejszą grupę — 62,11% (118 osób) stanowili pacjenci, którzy pozostawali pod długoterminową domową opieką pielęgniarską dłużej niż jeden rok, 17,37% (33 osób) badanych to pacjenci objęci tą formą opieki od 31 dni do pół roku, 16,32% (31 osób) badanych to pacjenci, których czas objęcia opieką wynosił powyżej pół roku do roku. Najmniej liczną grupę — 3,16% (6 osób) stanowili badani, których czasookres objęcia opieką długoterminową domową wynosił do 30 dni, u 1,05% (2 osoby) badanych stwierdzono brak danych [4].

Badana grupa pacjentów była także zróżnicowana pod względem rozpoznania lekarskiego. Grupując główne rozpoznania badanych pacjentów według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, stwierdzono, że najczęstszymi chorobami występującymi wśród badanych pacjentów były choroby układu krążenia, choroby układu nerwowego oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – szczegółowe dane znajdują się w poniższej tabeli. U części badanych oprócz głównego rozpoznania lekarskiego występowały choroby współistniejące. Liczba chorób występujących u osób badanych wynosiła od 1 do 7, średnio 2,55 [4].

Tabela 2. Rozpoznanie główne osób badanych a liczba punktów w skali Barthel [4]

Grupa chorób i problemów zdrowotnych według ICD-10	Liczba pacjentów	Średnia liczba punktów w skali Barthel	Minimalna liczba punktów w skali Barthel	Maksymalna liczba punktów w skali Barthel	Odchylenie standardowe
Choroby układu krążenia	87	18,10	0	40	12,99
Choroby układu nerwowego	45	13,56	0	35	11,36
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	17	14,12	0	25	7,55
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	14	18,57	0	40	14,06
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	11	10	0	30	9,75
Choroby skóry i tkanki podskórnej	10	26	0	40	11,97
Nowotwory	2	32,50	30	35	3,54
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia	2	35,00	30	40	7,07

i przemiany metabolicznej					
Choroby oka i przydatków oka	1	30	30	30	–
Choroby układu moczowo-płciowego	1	10	10	10	–
Ogółem	190	17,00	0	40	12,49
p Kruskala Wallisa	$p = 0,01$				

Zdecydowana większość badanych pacjentów — 75,26% (143 osoby) korzystała z zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, w tym 43,36% (62 osób) z tej grupy korzystało z więcej niż jednego środka zaopatrzenia ortopedycznego. Spośród środków ortopedycznych badani pacjenci najczęściej korzystali z wózka inwalidzkiego, balkonika do chodzenia oraz łóżka ortopedycznego. Z kolei 96,32% (183 osoby) badanych korzystało z zaopatrzenia w środki pomocnicze, w tym prawie dwie trzecie (63,39%; 116 osób) korzystało z więcej niż jednego środka pomocniczego. Najczęściej używanymi środkami pomocniczymi były: pieluchomajtki, okulary, materac przeciwoślizgowy – szczegóły zamieszczono w poniższej tabeli [4].

Tabela 3. Korzystanie ze środków ortopedycznych i pomocniczych przez badanych pacjentów domowej długoterminowej opieki pielęgniarskiej [4]

Nazwa	Liczba badanych	Odsetek (%)
Środki ortopedyczne		
Wózek inwalidzki	88	46,32
Balkonik do chodzenia	61	32,11
Łóżko ortopedyczne	27	14,21
Laski inwalidzkie	20	10,53
Kule	17	8,95
Protezy kończyn dolnych	2	1,05
Trójnóg	1	0,53
Czwóróg	1	0,53
Środki pomocnicze		
Pieluchomajtki	166	87,37
Okulary	79	41,58
Materac przeciwoślizgowy	62	32,63
Aparat słuchowy	10	5,26
Cewnik urologiczny	10	5,26
Pieluchy anatomiczne	9	4,74
Sprzęt stomijny	7	3,68
Proteza piersi	2	1,05
Cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych	1	0,53
Przenośna toaleta	1	0,53
Podnośnik	1	0,53

Osoby objęte domową długoterminową opieką pielęgniarską to osoby, które otrzymały w skali Barthel 0–40 punktów. Średnia liczba punktów u badanych pacjentów wynosiła 17. Prawie dwie trzecie badanych — 64,21% (122 osoby) stanowili chorzy, którzy otrzymali w skali Barthel 0–20 punktów i byli niezdolni do samoopieki lub wymagali znacznej pomocy w zaspokajaniu podstawowych czynności życiowych. Nieco ponad jedna trzecia badanych — 35,79% (68 osób) to pacjenci, którzy otrzymali 21–40 punktów w skali Barthel, wymagający umiarkowanego zakresu pomocy w samoopiece. U 15,79% (30 osób) badanych pacjentów liczba punktów w skali Barthel wynosiła 0 punktów, 12,63% (24 osoby) chorych to osoby, które otrzymały 5 punktów, u 14,21% (27 osób) liczba punktów w skali Barthel wynosiła 10 punktów, 11,05% (21 osób) to pacjenci, którzy otrzymali 15 punktów w skali Barthel, 10,53% (20 osób) badanych to pacjenci z 20 punktami w tej skali. Mniej liczną grupę stanowili pacjenci, którzy otrzymali w skali Barthel 21–40 punktów, i tak: 11,58% (22 osoby) to badani, którzy otrzymali 25 punktów w skali Barthel, 9,47% (18 osób) to pacjenci z 30 punktami, 8,95% (17 osób) to badani z 35 punktami oraz 5,79% (11 osób) to badani z 40 punktami w skali Barthel [4].

Badani pacjenci według skali Barthel najczęściej byli zależni w myciu, kąpiel całego ciała, w ubieraniu i rozbieraniu się, korzystaniu z toalety, nie panowali nad oddawaniem moczu lub byli cewnikowani oraz nie panowali nad oddawaniem stolca lub występowała u nich konieczność wykonywania lewatywy, nie byli również w stanie wchodzić i schodzić po schodach. Osoby badane potrzebowały pomocy w zakresie spożywania posiłków na przykład rozdrobnienia posiłku lub wymagali zmodyfikowanej diety. W zakresie poruszania się po powierzchniach płaskich najczęściej nie poruszali się lub poruszali się na odległość mniejszą niż 50 m lub poruszali się na wózku. W zakresie przemieszczania się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadania chorzy najczęściej wymagali pomocy fizycznej jednej lub dwóch osób. W zakresie utrzymania higieny osobistej chorzy najczęściej potrzebowali pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych. Szczegółowe dane przedstawiono w poniższej tabeli [4].

Tabela 4. Sprawność funkcjonalna badanych pacjentów opieki długoterminowej domowej według skali Barthel [4]

Nazwa czynności	Liczba badanych	Odsetek (%)
Spożywanie posiłków		
0 = nie jest w stanie samodzielnie jeść	43	22,63
5 = potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety	146	76,84
10 = samodzielny, niezależny	1	0,53
Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie		
0 = Nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu	55	28,95
5 = Większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby)	121	63,68
10 = Mniejsza pomoc słowna lub fizyczna	14	7,37
15 = Samodzielny	0	0,00
Utrzymanie higieny osobistej		
0 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych	150	78,95
5 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu	40	21,05
Korzystanie z toalety		
0 = Zależny	136	71,58
5 = Potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam	53	27,89
10 = Niezależny w zdejmowaniu, zakładaniu, ubieraniu części garderoby, podcieraniu się	1	0,53
Mycie, kąpiel całego ciała		
0 = Zależny	190	100,00
5 = Niezależny lub pod prysznicem	0	0,00
Poruszanie się po powierzchniach płaskich		
0 = Nie porusza się lub < 50 m, zależny na wózku	158	83,16
5 = Niezależny na wózku, wliczając zakręty > 50 m	15	7,89
10 = Spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m	16	8,42
15 = Niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	1	0,53
Wchodzenie i schodzenie po schodach		
0 = Nie jest w stanie	183	96,32
5 = Potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenia	7	3,68
10 = Samodzielny	0	0,00
Ubieranie się i rozbieranie		
0 = Zależny	135	71,05

5 = Potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy	55	28,95
10 = Niezależny w zapinaniu guz ków, zamka, sznurowadeł itp.	0	0,00
Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu		
0 = Nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność wykonania lewatywy	109	57,37
5 = Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania stolca	67	35,26
10 = Kontroluje oddawanie stolca	14	7,37
Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego		
0 = Nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny	144	75,79
5 = Przypadkowe zdarzenia bezwiednego oddawania moczu	45	23,68
10 = Kontroluje oddawanie moczu	1	0,53

W poniższej tabeli przedstawiono dane NFZ dotycząc grupy głównych rozpoznań, z powodu których dzieci oraz dorośli byli objęci długoterminową opieką pielęgniarską domową w Polsce w latach 2013 i 2014, wraz z udziałem procentowym poszczególnych grup w ogólnej liczbie dzieci/dorosłych objętych opieką. Zarówno w 2013 jak i w 2014 r. pacjenci z miażdżycami różnych postaci, następstwami chorób układu krążenia, ośpieniem i cukrzycą stanowili najwyższą grupę leczonych w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 5. Grupy głównych rozpoznań powodu których pacjenci byli objęci pielęgniarską opieką długoterminową domową w Polsce w latach 2013 i 2014

Rozpoznanie główne ICD-10	Nazwa rozpoznania	2013 (liczba osób z danym rozpoznaniem)	2013 (%)	2014 (liczba osób z danym rozpoznaniem)	2014 (%)
A04.7 - B95	Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	230	0,06%	263	0,07%
C00 - C14.8	Nowotwory złośliwe obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	164	0,05%	172	0,04%
C15 - C15.8	Nowotwór złośliwy przełyku	52	0,01%	35	0,01%
C16 - C16.9	Nowotwór złośliwy żołądka	154	0,04%	169	0,04%
C17 - C18.9	Nowotwór złośliwy jelita cienkiego oraz nowotwór złośliwy jelita grubego	822	0,23%	973	0,24%
C19 - C21.8	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego oraz odbytnicy	902	0,25%	824	0,21%
C22 - C26	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	173	0,05%	220	0,06%
C30 - C39.9	Nowotwory złośliwe układu oddechowego	593	0,16%	501	0,13%
C40 - C41.9	Nowotwory złośliwe kości	74	0,02%	86	0,02%
C43 - C44.9	Nowotwory złośliwe skóry	172	0,05%	202	0,05%
C45 - C49.5	Międzybłoniak, mięsak, nowotwory tkanki łącznej	35	0,01%	60	0,02%
C50 - C50.9	Nowotwór złośliwy sutka	569	0,16%	480	0,12%
C51 - C68	Nowotwory złośliwe narządów płciowych i moczowych	1 658	0,46%	1 740	0,44%
C69 - C69.9	Nowotwory złośliwe oka	59	0,02%	44	0,01%
C70	Nowotwory złośliwe opon	63	0,02%	66	0,02%
C71 - C71.9	Nowotwory złośliwe mózgu	277	0,08%	305	0,08%
C72	Nowotwór złośliwy rdzenia kręgowego, nerwów czaszkowych i innych części centralnego systemu nerwowego	84	0,02%	73	0,02%
C73 - C77.9	Nowotwory złośliwe gruczołów wydzielania wewnętrznego	32	0,01%	35	0,01%
C78 - C79.8	Wtórne nowotwory złośliwe układu oddechowego i trawiennego	100	0,03%	98	0,02%

C80	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	36	0,01%	39	0,01%
C81 - C97	Tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych	463	0,13%	585	0,15%
D00 - D48.9	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze innych i nieokreślonych umiejscowień	920	0,25%	936	0,23%
D50 - D83	Niedokrwistości, zaburzenia odporności	342	0,09%	384	0,10%
E00.1 - E07	Choroby tarczycy	275	0,08%	314	0,08%
E10 - E14.9	Cukrzyca insulino-zależna	20 384	5,63%	22 135	5,55%
E16 - E90	Zaburzenia odżywiania i metaboliczne w chorobach gdzie indziej niesklasyfikowanych	580	0,16%	591	0,15%
F00 - F00.9	Otępienie w chorobie alzheimera	6 432	1,78%	7 319	1,83%
F01 - F03	Otępienie	28 818	7,96%	33 213	8,33%
F04 - F19.7	Zaburzenia psychiczne	4 634	1,28%	4 854	1,22%
F20 - F69	Schizofrenia, zaburzenia nerwicowe, osobowości i inne	4 087	1,13%	4 442	1,11%
F70 - F99	Upośledzenie umysłowe i inne zaburzenia	11 945	3,30%	11 697	2,93%
G00 - G06.1	Zapalenie opon mózgowych, ropniaki i ziarninaki	140	0,04%	120	0,03%
G09 - G13	Następstwa chorób OUN, zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego i zespoły pokrewne	1 032	0,29%	1 003	0,25%
G20 - G26	Choroba Parkinsona, inne choroby zwyrodnieniowe	9 646	2,66%	10 939	2,74%
G30 - G32.0	Choroba alzheimera, inne zwyrodnieniowe choroby układu nerwowego	11 702	3,23%	12 711	3,19%
G35 - G37.9	Stwardnienie rozsiane, choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego	8 332	2,30%	9 314	2,33%
G40 - G80.9	Padaczka, inne zespoły napady niedokrwienia, naczyniowe mózgu, zaburzenia nerwów	9 204	2,54%	9 785	2,45%
G81 - G99.8	Zespoły porażeniowe, wodogłowie, zaburzenia OUN, zaburzenia mózgu	17 631	4,87%	19 586	4,91%
H00 - H93	Zaburzenia oka i ucha	903	0,25%	968	0,24%
I00 - I09	Choroby reumatyczne serca	139	0,04%	142	0,04%
I10 - I23	Nadciśnienie, zawał serca	13 356	3,69%	15 154	3,80%
I24 - I49.8	Choroba niedokrwienności serca, zatory płucne, inne zaburzenia rytmu serca	7 428	2,05%	8 191	2,05%
I50 - I52.0	Niewydolność serca, inne zaburzenia funkcji serca	17 471	4,83%	20 076	5,03%
I60 - I62.9	Krwotok podpajęczynówkowy, mózgowy, inne krwotoki	1 862	0,51%	1 843	0,46%
I63 - I63.9	Zawały mózgu	9 843	2,72%	10 734	2,69%
I64 - I68.8	Udar, niedrożność, zwężenie tętnic, tętniak, miażdżyca mózgu	12 567	3,47%	13 112	3,29%
I69 - I69.8	Następstwa chorób naczyń mózgowych, zawału, krwotoków	32 095	8,87%	36 039	9,03%
I70 - I70.8	Miażdżyce	42 530	11,75%	46 570	11,67%
I70.9	Uogólniona i nieokreślona miażdżyca	1 664	0,46%	1 918	0,48%
I71 - I82.8	Tętniaki, zapalenie żył, inne zaburzenia zatory i zakrzepy żyłne	1 608	0,44%	1 679	0,42%
I83 - I99	Żyłaki kończyn dolnych, inne i nieokreślone zaburzenia układu krążenia	2 400	0,66%	5 142	1,29%
J00 - J99.1	Zapalenia, zakażenia - zaburzenia układu oddechowego	3 675	1,02%	3 863	0,97%
K00 - K92.9	Choroby układu trawiennego	1 980	0,55%	2 016	0,51%
L00 - L88	Choroby skóry i tkanki podskórnej	976	0,27%	1 065	0,27%
L89 - L95	Owrodzenia skóry	13 758	3,80%	14 571	3,65%
L97 - L99.8	Owrodzenie kończyny dolnej, inne schorzenia skóry	12 899	3,56%	14 264	3,58%
M00 - M14	Ropne zapalenia stawów, reumatoidalne i młodzieńcze zapalenie stawów	3 197	0,88%	3 218	0,81%
M15 - M15.9	Choroby układu kostno-stawowego i tkanki łącznej	6 786	1,87%	7 651	1,92%
M16 - M46.9	Choroby zwyrodnieniowe	4 108	1,13%	4 616	1,16%
M47 - M99.0	Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, inne choroby mięśni i stawów	4 954	1,37%	5 682	1,42%
N00 - N93	Zaburzenia nerek i układu moczowego	3 979	1,10%	3 713	0,93%

O03 - O69	Poronienie samoistne	9	0,00%	9	0,00%
P01 - P54	Stan płodu i noworodka spowodowany powikłaniami ciąży u matki	18	0,00%	14	0,00%
Q01 - Q97	Wady wrodzone	947	0,26%	1 006	0,25%
R00 - R93	Zaburzenia funkcji poznawczych, koordynacji ruchów, oznaki chorobowe, objawy ogólne	1 747	0,48%	1 953	0,49%
S00.0 - T17	Urazy i złamania	12 501	3,45%	13 52	3,37%
T20 - T88.9	Oparzenia, odmrożenia, zatrudnia, powikłania	386	0,11%	361	0,09%
T90 - W18.0	Następstwa urazów i wypadków	1 565	0,43%	1 820	0,46%
X70.0 - Y86	Zamierzone samouszkodzenie przez powieszenie, zadziergnięcie i zadławienie (w domu)	177	0,05%	210	0,05%
Z00 - Z87	Ogólne badania lekarskie osób bez dolegliwości i rozpoznania choroby	1 292	0,36%	1 174	0,29%
Z89 - Z89.9	Nabyty brak kończyny	189	0,05%	164	0,04%
Z90 - Z98.0	Nabyty brak narządów, obecność wszczepów i innych urządzeń	207	0,06%	249	0,06%
Suma końcowa		362 032	100,00%	398 952	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Konsekwencje społeczne

Przeważająca część osób niesamodzielnych w Polsce otrzymuje pomoc i opiekę głównie ze strony rodziny i krewnych. W bardzo wielu przypadkach sprawowanie opieki nie jest jednak dobrowolną decyzją, ale koniecznością. 75% opiekunów ma poczucie, że nie ma możliwości wyboru, jeśli chodzi o przejęcie odpowiedzialności opieki nad chorym. Opieka nad osobą chorą zmienia wiele aspektów życia opiekuna, w szczególności sytuację zawodową, finansową, kontakty z otoczeniem oraz stan zdrowia i samopoczucie. Badania empiryczne pokazują, że w niewielkiej liczbie gmin realizowane jest wsparcie dla rodzin lub jej poszczególnych członków opiekujących się osobami niesamodzielnymi. Pozostawienie opiekuna bez wsparcia i pomocy może doprowadzić do sytuacji, kiedy z powodu jego problemów finansowych lub pogorszenia się jego zdrowia psychofizycznego, opiekun zaprzestanie sprawowania opieki i sam będzie potrzebował wsparcia ze strony pomocy społecznej. W efekcie koszty jakie będą musiały zostać poniesione przez rodzinę, jak i podmioty pomocy lokalnej polityki społecznej, a będące konsekwencją zaniechania działań we wczesnej fazie opieki, będą znacznie wyższe niż gdyby odpowiednie działania zostały podjęte wcześniej. Wartość opieki świadczona przez opiekunów nieformalnych w Wielkiej Brytanii została oszacowana na 19 miliardów funtów rocznie. Oznacza to, że jeśli w wyniku nieotrzymania odpowiedniego wsparcia ze strony ośrodków pomocy społecznej opiekun zaprzestanie sprawowania opieki, kwota ta będzie stanowiła część kosztów zaniechanych działań. Rozwój tzw. opieki wytchnieniowej pozwoliłby w znaczny sposób odciążyć opiekuna i unikać negatywnych konsekwencji wynikających z nadmiernego obciążenia opieką, a tym samym poprawić jakość życia opiekuna i chorego [2].

1.2.2. Opis procedury

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

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 [3].

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 pacjenta. 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 [3].

Do zadań zawodowych pielęgniarki specjalisty opieki długoterminowej należy:

- organizowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami przewlekłe chorymi i niepełnosprawnymi w warunkach instytucjonalnych i domowych;
- organizowanie wsparcia społecznego dla pacjenta opieki długoterminowej i kształtowanie pozytywnych relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu podopiecznego;
- planowanie i wdrażanie standardów opieki obowiązujących w opiece długoterminowej;
- rozpoznawanie i ocena stanu zdrowia oraz ustalenie zakresu deficytu w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji pacjenta przewlekłe chorego, a także niezdolnego do samodzielnej egzystencji;
- koordynowanie i planowanie opieki nad pacjentem przewlekłe chorym i niezdolnym do samodzielnej egzystencji z rozróżnieniem cech opieki nad dorosłym, dzieckiem i pacjentem z zaburzeniami psychicznymi;
- przygotowanie chorego przewlekłe i niepełnosprawnego oraz jego rodziny do samoopieki i kompensowania utraconych funkcji;
- prowadzenie edukacji w zakresie obsługi sprzętu i aparatury specjalistycznej;
- kierowanie pracą zespołu terapeutycznego w przebiegu opieki i rehabilitacji pacjenta przewlekłe chorego i niepełnosprawnego;
- współpraca z instytucjami i organizacjami społecznymi oraz osobami fizycznymi w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych, socjalnych i prawnych pacjentów przewlekłe chorych i niepełnosprawnych;
- organizowanie i planowanie pracy na własnym stanowisku oraz personelu podległego, zgodnie z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy, ergonomii, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska;
- nadzorowanie i ocena działań zespołu pielęgniarskiego w stosunku do pacjenta przewlekłe chorego i niepełnosprawnego;
- ocena pracy własnej oraz podległych pracowników zespołu opieki długoterminowej;
- udział w badaniach naukowych w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej oraz wykorzystywanie wyników badań w działalności praktycznej.

Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest przede wszystkim zapewnienie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym oraz przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby czy niepełnosprawności [3].

Pielęgniarki opieki długoterminowej obejmują opieką osoby przewlekłe chore przebywające w domu, które nie kwalifikują się do leczenia stacjonarnego, a ze względu na występujące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i wzmożonej opieki pielęgniarskiej [3].

Pielęgniarka opieki długoterminowej współpracuje z pielęgniarką rodzinną i lekarzem pierwszego kontaktu, do których pacjent złożył deklarację wyboru [3].

Opieka nad pacjentem powinna przebiegać zgodnie z etapami procesu pielęgnowania, stąd też podjęcie opieki nad osobą przewlekłe chorą i współpracy z jej rodziną/opiekunami powinno rozpocząć się od zgromadzenia danych oraz postawienia diagnozy pielęgniarskiej. Podstawą sformułowania indywidualnej diagnozy pielęgniarskiej wobec pacjenta przewlekłe chorego będzie uzyskanie informacji na temat jego funkcjonowania we wszystkich sferach życia. Informacje niezbędne do oceny stanu fizycznego pacjenta powinny uwzględniać: funkcjonowanie poszczególnych układów i narządów, subiektywne objawy i dolegliwości zgłaszane przez pacjenta, zagrożenia powikłaniami, stopień deficytu w zakresie samoobsługi za pomocą zmodyfikowanej skali Barthel, możliwość komunikowania się z otoczeniem. Do czynności pozwalających na ocenę funkcjonowania pacjenta w sferze psychospołecznej należą: ocena reakcji na chorobę oraz etapu procesu adaptacji do zmienionej przez chorobę sytuacji życiowej (osoba, u której zdiagnozowano chorobę o charakterze przewlekłym, przechodzi przez kilka etapów przystosowania się do nowych warunków życia); obserwacja reakcji emocjonalnych wywołanych przez chorobę; określenie stosunku podopiecznego do osób sprawujących opiekę; rozpoznanie stosunku pacjenta do metod pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji; rozpoznanie rodzaju strategii radzenia sobie z chorobą; ocena możliwości pacjenta w zakresie wyższych funkcji psychicznych; określenie zakresu i charakteru kontaktów społecznych. Kolejnym, niezbędnym elementem do rozpoczęcia pracy z pacjentem jest rozpoznanie jego potrzeb edukacyjnych. Gromadzone dane w tym zakresie powinny dotyczyć: wiedzy pacjenta na temat istoty

choroby, jej objawów powikłań oraz metod leczenia; umiejętności w zakresie prowadzenia leczenia oraz samokontroli; umiejętności w zakresie rozpoznawania zwiastunów powikłań lub zaostrzeń choroby oraz postępowania w przypadku ich wystąpienia; dotychczasowego trybu życia pacjenta (stylu odżywiania, preferowanych form wypoczynku, sposobów radzenia sobie ze stresem, stosowania używek); motywacji pacjenta do aktywnego uczestniczenia w leczeniu, samopielęgnacji oraz rehabilitacji, a także do podjęcia niezbędnych zmian w dotychczasowym trybie życia. Wiedza na temat rzeczywistych potrzeb oraz oczekiwań pacjenta pozwoli pielęgniarkę na wyznaczenie konkretnych zadań realizowanych wobec podopiecznego. Natomiast zdiagnozowanie sytuacji rodzinnej umożliwia określenie zakresu pracy z opiekunami rodzinnymi. Do sformułowania diagnozy rodzinnej niezbędne jest określenie wydolności pielęgnacyjno-opiekuńczej rodziny, typ relacji opiekuńczej między opiekunami a podopiecznymi, a także zakresu zmian w funkcjonowaniu rodziny, w tym oceny stopnia obciążenia opiekunów [3].

Przy planowaniu opieki pielęgniarskiej, należy przyjąć założenie, że nie można w sposób optymalny pomóc człowiekowi choremu w środowisku domowym, jeśli nie wspiera się rodziny w realizacji funkcji opiekuńczej. Podejmowane przez rodzinę działania w opiece, pielęgnowaniu i zabezpieczaniu warunków codziennego życia osoby chorej wymagają wsparcia z zewnątrz, które jest warunkiem faktycznej pomocy choremu. Pozostawienie rodziny bez opieki stawia ją w sytuacji trudnej pod względem emocjonalnym, organizacyjnym i bytowym. Stresy, jakie są udziałem opiekunów, mogą się przekładać na zaniedbania, frustracje, depresję lub zaniechanie opieki [3].

Świadczenia realizowane przez pielęgniarkę w środowisku domowym wobec chorego i jego opiekunów obejmują [3]:

- działania z zakresu bezpośredniej opieki pielęgniarskiej;
- wykonywanie zleceń lekarza POZ;
- wspomaganie procesu rehabilitacji;
- edukację zdrowotną;
- budowanie sieci wsparcia społecznego.

Zakres i charakter profesjonalnej pielęgnacji podejmowanej przez pielęgniarkę wobec pacjenta zależy przede wszystkim od rodzaju objawów i dolegliwości oraz stopnia ograniczeń. Wśród najczęściej wykonywanych czynności należy wymienić: wykonywanie opatrunków, pielęgnację przetok i stomii oraz pomoc rodzinie w niektórych czynnościach, np. żywieniu i nawadnianiu (np. karmienie przez przetokę) czy postępowaniu zapobiegawczym. Istotnym elementem profesjonalnej pielęgnacji jest również udzielanie wsparcia emocjonalnego. Działania pielęgniarskie są realizowane w sposób zaplanowany i zindywidualizowany [3].

Kolejnym obszarem działań pielęgniarki jest współpraca z lekarzem POZ, która polega przede wszystkim na stałym kontakcie z lekarzem, w celu przekazywania informacji o stanie ogólnym pacjenta czy potrzebie zmodyfikowania, np. leczenia przeciwbólowego, a także na wykonywaniu zleceń lekarskich, takich jak podawanie leków drogą pozajelitową, czy założenie cewnika [3].

Pielęgniarka opieki długoterminowej z racji swoich kompetencji czynnie uczestniczy w procesie rehabilitacji. Jej działania w tym zakresie mogą mieć charakter:

- bezpośredni, np. wykonywanie zabiegów lub ćwiczeń z pacjentem;
- pośredni, np. przygotowanie warunków zewnętrznych i pacjenta do uczestnictwa w ćwiczeniach, zabiegach lub innych zajęciach związanych z rehabilitacją [3].

Działania rehabilitacyjne pielęgniarka może realizować samodzielnie lub na zlecenie rehabilitanta i w porozumieniu z nim. Do zadań wykonywanych samodzielnie można zaliczyć: przygotowanie pacjenta do rehabilitacji, działania edukacyjne i instruktażowe, prowadzenie prostych ćwiczeń usprawniających. Na zlecenie pielęgniarka najczęściej: wykonuje wskazane i zademonstrowane wcześniej przez rehabilitanta specjalne ćwiczenia, jeśli muszą być one przeprowadzone ze zwiększoną częstotliwością; kontynuuje naukę używania i sposobów korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego; podaje leki oraz środki wspomagające i umożliwiające przeprowadzenie zabiegów i ćwiczeń [3].

Obszarem samodzielnej działalności pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Celem prowadzonej edukacji jest wyposażenie chorego i jego opiekunów w wiedzę i umiejętności w zakresie [3]:

- urządzenia pokoju lub wydzielonego miejsca dla pacjenta, np. zaopatrzenie w odpowiedni sprzęt oraz zapewnienie odpowiednich warunków;
- organizacja opieki nad pacjentem w warunkach domowych;

- sposobów pozyskiwania przez rodzinę odpowiednich sprzętów ułatwiających pielęgnację, poruszanie się czy usprawnianie pacjenta;
- posługiwanie się sprzętem medycznym;
- czynności instrumentalnych, takich jak: ścielenie łóżka, wykonywanie zabiegów higienicznych, karmienie pacjenta, pielęgnacja protez, przemieszczanie pacjenta, pielęgnacja ran i odleżyn;
- prowadzenia samoobserwacji i samokontroli przez pacjenta oraz monitorowania stanu chorego przez opiekunów pod kątem niepożądanych skutków leczenia farmakologicznego, objawów zaostrzeń lub powikłań choroby;
- likwidowanie bądź łagodzenia dolegliwości oraz objawów chorobowych;
- zapobiegania zaostrzeniom lub powikłaniom choroby, a także postępowania w przypadku ich wystąpienia;
- kontynuowania leczenia, np. podawania leków, stosowania diety;
- trybu życia pacjenta i form aktywności życiowej;
- postępowania zapobiegającego powstawaniu infekcjom, niepożądanym skutkom długotrwałego unieruchomienia, czyli odleżynom, zaparciom, powikłaniom zatorowo-zakrzepowym, przykurczom, obniżeniu siły mięśniowej;
- niwelowaniu stresów i napięć wynikających z przebiegu choroby bliskiej osoby oraz konieczności sprawowania ciągłej opieki przez rodzinę.

Efektem edukacji powinno być właściwe przygotowanie chorego i jego rodziny do radzenia sobie w warunkach zmienionych przez chorobę oraz aktywnego życia mimo choroby czy niepełnosprawności [3].

Do działania pielęgniarki długoterminowej należy również budowanie sieci wsparcia. Na podstawie diagnozy rodziny oraz społeczności lokalnej pielęgniarka może wskazać opiekunom możliwości włączenia naturalnego (pierwotnego) oraz instytucjonalnego (wtórnego) systemu wsparcia społecznego. Naturalny system wsparcia stanowią sąsiedzi, dalsza rodzina, przyjaciele i znajomi. Uważa się, iż ten system działa korzystniej i skuteczniej, gdyż jest bardziej dostępny niż instytucjonalny i nie generuje kosztów. Systemy instytucjonalne to przede wszystkim grupy samopomocowe oraz różnego rodzaju instytucje, których celem jest udzielanie pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej. Pielęgniarka powinna udostępnić rodzinie adresy i telefony instytucji zajmujących się rozwiązywaniem konkretnych problemów, nawiązać kontakt z osobami odpowiedzialnymi za działalność pomocową. W razie potrzeby pielęgniarka powinna również współuczestniczyć w procedurze pozyskania pomocy [3].

Podsumowując, należy podkreślić, iż w domowej opiece długoterminowej rodzina jest głównym dawcą opieki, więc to ona, podobnie jak człowiek chory, powinna stać się przedmiotem zainteresowania opiekuńczego. Należy bowiem zdawać sobie sprawę, że ani pracownicy ochrony zdrowia, ani pomoc społeczna czy inni wspierający nie pomogą człowiekowi choremu, jeśli nie pomogą rodzinie, jeśli rodzina nie będzie umiała zająć się chorym i sama nie upora się z najtrudniejszymi dla siebie problemami materialnymi, emocjonalnymi i duchowymi. Pomagając rodzinie i traktując ją podmiotowo, należy koncentrować się na rozpoznawaniu jej problemów, wsłuchiwać się w jej oczekiwania i potrzeby przy jednoczesnym zachowaniu szacunku dla przyjętych przez rodzinę wartości i norm oraz uszanowaniu określonej przez nią sfery prywatności [3].

Zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie opieki zgodnie ze współczesnymi założeniami, czyli opieki holistycznej, zakładającej przygotowanie chorego do samoopieki, a jego rodziny/opiekunów do sprawowania opieki nieprofesjonalnej, a także umożliwienie choremu przebywanie we własnym środowisku domowym i zapewnienie mu jak najwyższej jakości życia [3].

1.2.3. Wytyczne kliniczne/standardy postępowania

W celu odnalezienia aktualnych polskich wytycznych klinicznych, zaleceń, konsensusów polskich ekspertów, rekomendacji towarzystw naukowych, odnoszących się do standardów stosowanych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dokonano przeglądu literatury fachowej. Na potrzeby niniejszego opracowania skoncentrowano się na ogólnych zaleceniach dotyczących pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Nie uwzględniano zaś zaleceń dotyczących postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych/problemach zdrowotnych. W razie potrzeby uzupełniano informacje na podstawie dokumentów zagranicznych.

Rekomendacji klinicznych poszukiwano poprzez:

- serwisy internetowe towarzystw naukowych i instytucji:

- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP);
- American Association for Long Term Care (AALTC);
- American Nurses Association (ANA);
- Australian Government, Department of Health;
- Canadian Nurse Association (CAN);
- European Federation of Nurses Association (EFNA);
- Health Canada;
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE);
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN);
- dedykowane wyszukiwarki internetowe (www.g-i-n.net/, www.guideline.com, www.pubmed.com, www.termedia.pl, www.mp.pl);
- ręczne wyszukiwanie poprzez www.google.com;
- referencje odnalezionych dokumentów.

W wyniku wyszukiwania odnaleziono 3 rekomendacje: wytyczne WHO z 2000 roku (WHO 2000), Standard opracowany przez zespół Pielęgniarskiego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Panaceum”, opublikowany na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu (OPIP 2010) oraz wytyczne Ministerstwa Zdrowia w Singapurze (SG MOH 2015). Należy zwrócić uwagę, że ze względu na różnice dotyczące organizacji opieki długoterminowej w różnych krajach, różnie rozkładają się kompetencje na poszczególne grupy zawodowe. I tak w Polsce prowadzenie np. rehabilitacji czy pielęgnacji pacjenta leży w kompetencjach pielęgniarki, zaś w Singapurze (mimo tego iż zakresy opieki domowej są zbieżne) za fizjoterapię odpowiada fizjoterapeuta lub terapeuta zajęciowy, zaś za czynności pielęgnacyjne opiekun medyczny/pracownik socjalny.

Tabela 6. Standardy, rekomendacje kliniczne dotyczące pielęgniarskiej opieki długoterminowej

Kraj/ region	Organizacja, rok	Treść rekomendacji
Świat	WHO 2000 <i>World Health Organization</i> [5]	<p>Opieka długoterminowa jest integralną częścią systemów zdrowotnych i społecznych. Obejmuje czynności podejmowane na rzecz osób wymagających opieki ze strony opiekunów nieformalnych (rodziny, przyjaciół i sąsiadów), opiekunów formalnych, włączając w to profesjonalistów (pracownicy ochrony zdrowia, społeczni i inni) oraz przez tradycyjnych opiekunów i wolontariuszy. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową zależy od fizycznych, psychicznych i poznawczych zdolności, które zmieniają się w trakcie trwania ludzkiego życia. Typ potrzebnej opieki oraz jej czas trwania są w związku z tym trudne do przewidzenia. Celem opieki długoterminowej jest zapewnienie, że wszystkie osoby, które nie są w stanie sprawować samoopieki (ang. <i>self-care</i>) w dłuższym okresie czasu, utrzymają najwyższą możliwość jakości życia z największym możliwym stopniem niezależności, autonomii i poszanowaniem godności. W związku z tym prawidłowo sprawowana opieka długoterminowa uwzględnia wartości, preferencje i potrzeby jednostki. Opieka długoterminowa może przyjmować formę domowej lub zinstytucjonalizowanej. Opieka zinstytucjonalizowana jest rozumiana jako opieka nad przynajmniej trzema niezwiązanymi ze sobą osobami w tym samym miejscu. Osoby wymagające domowej opieki długoterminowej mogą potrzebować również innych świadczeń, takich jak: inne świadczenia zdrowotne dotyczące zdrowia fizycznego, psychicznego, wsparcia socjalnego, finansowego, prawnego.</p> <p><u>Grupa docelowa</u> Opieka długoterminowa dotyczy osób w każdym wieku, którzy mają problemy i potrzebują pomocy w wykonywaniu codziennych czynności (ADL, ang. <i>activities of daily living</i>) w celu prowadzenia życia na rozsądnym jakościowo poziomie. Są to osoby:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przewlekłe chore, m. in. cierpiące z powodu chorób zakaźnych, takich jak gruźlica i niezakaźnych, takich jak choroby sercowo-naczyniowe i nowotworowe; • osoby niepełnosprawne niezależnie od etiologii, włączając w to niepełnosprawność rozwojową i niepełnosprawność spowodowaną przez polio; • osoby z HIV/AIDS; • osoby z niepełnosprawnością wynikającą z wypadku; • osoby z ograniczeniami zmysłów; • osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, włączając w to osoby z depresją i demencją; • osoby uzależnione od różnych substancji; • ofiary naturalnych i innych katastrof; • i być może jako najważniejsze – osoby sprawujące opiekę nad jedną z wymienionych powyżej osób. <p>Okoliczności i warunki wpływające na to jak i gdzie poszczególne osoby żyją mogą ograniczać lub rozszerzać grupę docelową opieki długoterminowej.</p> <p><u>Opieka długoterminowa domowa</u> Opieka domowa może być prowadzona wyłącznie w domu lub być prowadzona wspólnie</p>

		<p>z opieką w społeczeństwie (ang. <i>community-based care</i>), np. w dziennych centrach opieki. Opieka domowa może być również sprawowana nad osobami, których dom stracił swoje tradycyjne znaczenie (rodziny przemieszczające się, osoby żyjące w slumsach itd.). Nie istnieje jedna zgodna i zamknięta lista zawierająca kluczowe elementy długoterminowej opieki domowej, ale te wymienione poniżej są najbardziej powszechne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ocena, monitorowanie i ponowna ocena, • promocja zdrowia, ochrona zdrowia, zabieganie chorobom, odroczenie niepełnosprawności, • ułatwienie samoopieki, samopomocy, wzajemnej pomocy, • opieka zdrowotna uwzględniająca medyczną i pielęgniarską pomoc, • opieka osobista uwzględniająca m.in. strzyżenie, kąpiele, posiłki, • pomoc w czynnościach domowych: sprzątanie, pranie, zakupy; • zaadaptowanie środowiska domowego do potrzeb osób niepełnosprawnych, • skierowanie i powiązanie ze źródłami socjalnymi, • rehabilitacja społeczna, • zapewnienie dostaw środków pomocniczych, wyrobów medycznych i leków, • terapia tradycyjna i alternatywna, • specjalistyczne wsparcie (np. w przypadku nietrzymania moczu, demencji i innych problemów psychicznych, uzależnienia), • opieka zastępcza (w domu lub otoczeniu grupy), • opieka paliatywna, • przekazywanie informacji pacjentowi i rodzinie, • poradnictwo i wsparcie emocjonalne. • ułatwienie interakcji społecznych i rozwinięcie sieci wsparcia społecznego, • rozwój wolontariatu, • działalność rekreacyjna, • rozwijanie możliwości aktywności fizycznej, • edukacja i szkolenie opiekunów nieformalnych przed, w trakcie i po okresie sprawowania opieki, • zapewnienie wsparcia opiekunom i mobilizacja społeczeństwa do pełnienia roli opiekunów. <p>Poszczególne społeczeństwa mogą dodawać inne elementy, które są najbardziej odpowiednie dla danych okoliczności.</p> <p>Ciągła, skuteczna oraz taka domowa opieka długoterminowa i inne formy opieki długoterminowej, na którą stać dane państwo, musi stanowić integralną część narodowego systemu opieki zdrowotnej i systemu socjalnego. Osiągnięcie tego celu wymaga koordynacji na różnych poziomach zarządzania.</p>
Polska	<p>OIPPP 2010</p> <p>Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu</p> <p>(Standard opracowany przez zespół Pielęgniarskiego Ośrodka Medycyny Środowiskowo-Rodzinnej „Panaceum”)</p> <p>[6]</p>	<p>Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa - Domowa pielęgniarska opieka długoterminowa obejmuje świadczeniami zdrowotnymi osoby przewlekle i obłożnie chore, niepełnosprawne, unieruchomione, starsze ze znacznie ograniczoną ruchomością, których stan fizyczny oceniany w skali Barthel nie przekracza 40 pkt i przebywających w swoim miejscu zamieszkania. Opiekuje się podopiecznymi w zaawansowanych stadiach chorób przewlekłych i wymagającymi jednej lub kilku wymienionych czynności: stałych kroplowych wlewów dożylnych, wykonywania opatrunków, karmienia przez zgłębnik, przetokę, pielęgnacji przetoki, założenia i usunięcia cewnika, stałego płukania pęcherza moczowego, pielęgnacji rurki tracheostomijnej. Współcześnie domowa pielęgniarska opieka długoterminowa jest dziedziną pielęgniarstwa prężnie się rozwijającą czemu sprzyjają warunki demograficzno-społeczne i zapotrzebowanie na tę formę świadczeń pielęgniarstkich.</p> <p>Podopieczni obłożnie chorzy, niepełnosprawni, starsi, przebywający w środowisku domowym, zakwalifikowaniu według kryteriów przez system opieki zdrowotnej do domowej pielęgniarskiej opieki długoterminowej</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cel: <ul style="list-style-type: none"> ◦ pielęgnacja oparta na rozpoznaniu deficytu samoopieki, na tkwiących w podopiecznym i środowisku rezerw somatycznych, psychicznych, społecznych, duchowych celem wykorzystania ich do przywrócenia utraconej sprawności; ◦ dobór technik pielęgnacyjnych, sprzętu i środków pomocniczych (wspomagających); ◦ motywowanie i wspieranie psychiczne do działań ukierunkowanych na osiągnięcie samodzielności; ◦ świadczenia w zakresie podstawowej pielęgnacji oraz działania zwiększające adaptację aktualnych warunków życia spowodowanych chorobą, niepełnosprawnością i postępującym procesem starzenia; ◦ edukacja i organizacja systemu społecznego wsparcia w zakresie zwiększania wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej środowiska podopiecznego. • Organizacja pracy: <ul style="list-style-type: none"> ◦ za opiekę odpowiedzialna jest pielęgniarka z wykształceniem wyższym lub średnim i rocznym stażem pracy w lecznictwie stacjonarnym lub ukończoną specjalizacją geriatryczną, kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: opieki długoterminowej, pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, rodzinnego, ◦ dostępność świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 - 18.00, w soboty, niedziele, dni ustawowo wolne od pracy - w medycynie

		<ul style="list-style-type: none"> o uzasadnionych przypadkach, nie mniej niż 4 razy w tygodniu, o pielęgniarka jednocześnie nie może opiekować się więcej niż 6 podopiecznymi, o dokumentacja pielęgniarska przechowywana i archiwizowana jest w siedzibie Ośrodka (karta czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej, kwalifikacja pielęgniarska do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową - ocena podopiecznego wg zmodyfikowanej skali Barthel, wywiad pielęgniarski, zgoda pacjenta, skierowanie do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową, powiadomienie o objęciu opieką), o w Ośrodku dostępne są procedury postępowania pielęgniarskiego w warunkach domowych, o pielęgniarka korzysta ze skal i testów oceny stanu zdrowia i wydolności samoopiekuńczej podopiecznego, o w Ośrodku dostępna jest literatura, czasopisma, publikacje, opracowania w zakresie schorzeń i pielęgnacji osób przewlekle i obłożnie chorych, niesprawnych i starszych, o pielęgniarka ma dostęp do szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych, kursów doskonalących, kształcących, kwalifikacyjnych, specjalizacji i konferencji naukowych. <ul style="list-style-type: none"> • Pielęgniarka - warunkiem efektywnego działania pielęgniarki domowej opieki długoterminowej jest podtrzymanie zdolności do samoopieki i samopielęgnacji podopiecznego i jego środowiska tak długo jak to jest możliwe: <ul style="list-style-type: none"> o posiada kwalifikacje w dziedzinie opieki długoterminowej (wiedzę, umiejętności, cechy osobowości); o aktualizuje wiedzę poprzez stałe samokształcenie i doskonalenie instytucjonalne; o pielęgniarka posiada cechy charakteru niezbędne w pracy z podopiecznymi przewlekle i obłożnie chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi, o korzysta z dostępnych narzędzi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ dokumentacji pielęgniarki domowej opieki długoterminowej, ▪ skal ocen sytuacji zdrowotnej podopiecznego, ▪ wyposażenia sześcioramiennej pielęgniarki domowej opieki długoterminowej, o współpracuje z rodziną / opiekunami podopiecznego, zespołem leczniczo - terapeutycznym, organizacjami wspierającymi opiekę pielęgniarską i środowisko podopiecznego. • Sprzęt: <ul style="list-style-type: none"> o wspomagający poruszanie się (ba konik, chodzik, wózek inwalidzki, kule, itp.), o ogólnospawniający (masażery, piłeczki, słomki, woreczki z piaskiem, itp.), o przedmioty ułatwiające czynności życia codziennego (poidła, kubki, sztućce, talerze, itp.), o środki niezbędne w utrzymaniu higieny osobistej i zapobieganiu powikłaniom (myjka, materac, poduszka p/odleżynowa, podkład chłonny, pieluchomajtki, wkładki chłonne, itp.). • Środowisko podopiecznego: <ul style="list-style-type: none"> o rodzina / opiekunowie chętni, sprawni i zaangażowani w działania opiekuńczo - pielęgnacyjne, o otoczenie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pokój podopiecznego - łóżko z dostępem z obu stron, wyposażenie ograniczone do niezbędnych mebli i przedmiotów, optymalne oświetlenie naturalne i sztuczne, itp., ▪ łazienka - wyposażona w uchwyty, poręcze, maty antypoślizgowe, siedziska kąpielowe, ze swobodnym dostępem do urządzeń, itp., ▪ ciągi komunikacyjne pozbawione przeszkód - dywaników, chodniczków, progów, mebli, zbędnych sprzętów, oświetlone w porze nocnej, itp. • Kryteria procesu: <ul style="list-style-type: none"> o Zebranie danych o podopiecznym: wywiad pielęgniarski, dokumentacja i ustalenie diagnozy pielęgnarskiej. o Ustalenie procesu pielęgnowania przy współpracy i akceptacji podopiecznego i jego środowiska. o Realizacja opieki pielęgniarskiej według ustalonego procesu, adekwatnie do aktualnego stanu zdrowotnego podopiecznego, wydolności opiekuńczo - pielęgnacyjnej środowiska i za ich zgodą w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ świadczeń higieniczno-pielęgnacyjnych: <ul style="list-style-type: none"> • wykonywanie niezbędnych zabiegów higienicznych i pielęgnacyjnych, • stosowanie materiałów medycznych i środków pomocniczych w pielęgnacji, • przygotowanie podopiecznego i środowiska domowego do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie, niepełnosprawności i zmianach wynikających z procesu starzenia, ▪ świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych: <ul style="list-style-type: none"> • pomoc w żywieniu i pojeniu, zgłębnikowanie żołądka, karmienie przez sondę żołądkową, przetokę żołądkową, jelitową, pielęgnacja przetoki i stomii, poradnictwo żywieniowe, • wykonywanie zabiegów kontrolujących i ułatwiających
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>wydalenie: wlewki, lewatywy, założenie suchej rurki doodbytniczej, użycie basenu, zmiana pieluchomajtek, założenie, pielęgnacja i usunięcie cewnika, płukanie pęcherza moczowego,</p> <ul style="list-style-type: none"> • oklepywanie pleców, pielęgnacja rurki tracheostomijnej, ewakuacja wydzieliny, • wykonywanie zabiegów przeciwzapalnych z zastosowaniem ciepła i zimna (kompresy, okłady), • wykonywanie opatrunków (rany, odleżyny, owrzodzenia troficzne podudzi, oparzenia), • pielęgnowanie powłokowej stopy cukrzycowej, • podawanie leków na podstawie i zgodnie ze zleceniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (doustnie, doodbytniczo, wziewnie, przezskórnie, przez błony śluzowe, podskórnie, domięśniowo, dożylnie, kroplowe wlewy dożylnie), • wykonywanie i pielęgnowanie kaniulacji żył obwodowych, • zdejmowanie szwów, • doraźne podawanie tlenu, • stosowanie baniek próżniowych, <ul style="list-style-type: none"> ▪ świadczeń usprawniających: <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenie rehabilitacji przyłóżkowej (ćwiczenia bierne, bierno-czynne, czynne), • prowadzenie aktywizacji ruchowej (siadanie, pionizacja, nauka samodzielnego chodzenia i przy pomocy sprzętu wspomagającego, nauka samoobsługi), • wykonywanie zabiegów ułatwiających czynności oddechowe: gimnastyka oddechowa, drenaż ułożeniowy, oklepywanie, zmiana pozycji ciała, inhalacje, • prowadzenie instruktażu w zakresie hartowania i kształtowania kikutu amputowanej kończyny, ▪ świadczeń diagnostycznych: <ul style="list-style-type: none"> • wykonywanie badania fizykalnego, określanie i ocenianie odchyleń od normy lub stanu poprzedniego, • dokonywanie oceny stanu ogólnego, świadomości, przebiegu choroby i stanu zdrowienia, • wykonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych: temperatury ciała, oddechów, poziomu glikemii w krwi, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, • obserwowanie występowania i pomiar obrzęków, • prowadzenie bilansu wodnego i kontrolowanie diurezy, • pobieranie materiałów do badań diagnostycznych i bakteriologicznych (krew, mocz, kat, płwocina, wymazy z nosa, gardła, ran), ▪ świadczeń z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia: <ul style="list-style-type: none"> • rozpoznawanie i ocenianie ryzyka i zapobieganie powikłaniom, • rozpoznawanie problemów zdrowotnych i potrzeb pielęgnacyjnych, • prowadzenie edukacji zdrowotnej i ocenianie poziomu wiedzy, umiejętności, motywacji podopiecznego oraz jego środowiska w zakresie niezbędnym w samoopiece i samopielęgnacji, ▪ świadczeń socjalno-organizacyjnych: <ul style="list-style-type: none"> • udzielanie pomocy w zapewnieniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i socjalnej, środków leczniczych, rehabilitacyjnych, ortopedycznych niezbędnych do opieki, pielęgnacji i leczenia podopiecznego w miejscu zamieszkania, • współpraca z organizacjami wspierającymi działania pielęgniarki domowej opieki długoterminowej na rzecz podopiecznego i środowiska, ▪ świadczeń z zakresu wsparcia psychologicznego: <ul style="list-style-type: none"> • wspieranie podopiecznego i środowiska z problemami zdrowotnymi, (pomoc w pogodzeniu się z aktualną sytuacją zdrowotną, społeczną, materialną, motywowanie do współdziałania poprawiającego bieżący stan). <ul style="list-style-type: none"> • Kryteria wyniku <ul style="list-style-type: none"> ○ Podopieczny <ul style="list-style-type: none"> ▪ uzyskał wiedzę i umiejętności niezbędne w samoopiece i samopielęgnacji, ▪ zna i akceptuje zasadność działań pielęgniarki i opiekunów, ▪ uzyskał optymalną sytuację zdrowotną i osiągnął stan umożliwiający jak najdłuższe lub stałe przebywanie w środowisku domowym, w rodzinie, ▪ podwyższył jakość życia i podtrzymał aktywność bio-psycho-społeczno-duchową, ▪ współpracuje z rodziną / opiekunami, pielęgniarką w miarę swoich możliwości zdrowotnych, ▪ nie ma powikłań wynikających z unieruchomienia.
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Rodzina/opiekunowie: <ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada i stosuje wiedzę i umiejętności w opiece nad podopiecznym, ▪ akceptuje sytuację zdrowotną podopiecznego, ▪ zmniejszyła/zlikwidowała deficyt wydolności opiekuńczo - pielęgnacyjnej, ▪ wypracowała interdyscyplinarne metody współpracy na rzecz podopiecznego i ich samych, ▪ potrafi stworzyć warunki lokalowe i zapewnić środki pomocnicze, ▪ zna perspektywy dalszych działań opiekuńczo - pielęgnacyjnych. ○ Pielęgniarka: <ul style="list-style-type: none"> ▪ na podstawie zebranych danych ustaliła diagnozę pielęgniarską i opracowała proces pielęgnowania, ▪ wykonała wszystkie zaplanowane świadczenia zdrowotne, zgodnie z aktualnym stanem podopiecznego, zapewniła bezpieczeństwo, intymność i poszanowanie godności osobistej, ▪ na bieżąco udokumentowała wykonane czynności, ocenia efekty podjętych działań, ▪ zapobiegła powikłaniom, poprawiła standard życia i samopoczucie podopiecznego, ▪ przekazała rodzinie / opiekunom wiedzę, nauczyła wykonywać czynności pielęgnacyjne, ▪ skontaktowała z instytucjami wspomagającymi chorych i opiekunów, wsparła środowisko emocjonalnie, ▪ stworzyła przyjazną, opartą na wzajemnym zaufaniu atmosferę w środowisku podopiecznego. <p>Wykaz procedur i algorytmów postępowania pielęgniarskiego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Świadczenia higieniczno -pielęgnacyjne: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mycie higieniczne rąk. ○ Zakładanie rękawiczek ochronnych. ○ Stanie łóżka z chorym. ○ Zmiana bielizny pościelowej całkowita. ○ Zmiana bielizny pościelowej częściowa. ○ Zmiana bielizny osobistej. ○ Mycie podopiecznego w łóżku. ○ Kąpiel podopiecznego w wannie. ○ Kąpiel podopiecznego pod prysznicem. ○ Mycie głowy w łóżku. ○ Toaleta jamy ustnej. ○ Golenie zarostu. • Świadczenia pielęgnacyjno - lecznicze: <ul style="list-style-type: none"> ○ Karmienie podopiecznego ○ Pojenie podopiecznego. ○ Zgłębnikowanie żołądka. ○ Karmienie przez sondę żołądkową. ○ Karmienie przez przetokę. ○ Zmiana woreczka stomijnego, pielęgnacja stomii. ○ Wlewka doodbytnicza przeczyszczająca, wlew doodbytniczy, lewatywa. ○ Założenie suchej rurki do odbytu. ○ Ręczne wydobywanie kału. ○ Podanie basenu (kaczki), zakładanie pieluchomajtek. ○ Cewnikowanie pęcherza moczowego. ○ Płukanie pęcherza moczowego. ○ Wymiana worka do moczu. ○ Oklepywanie. ○ Nacieranie. ○ Pielęgnowanie podopiecznego z tracheotomią. ○ Toaleta drzewa oskrzelowego, odsysanie. ○ Okład zimny. ○ Okład ciepły. ○ Założenie i zmiana opatrunku. ○ Podawanie leków doustnych. ○ Założenie czopka. ○ Wlewka doodbytnicza lecznicza. ○ Podanie leków przez skórę. ○ Inhalacja. ○ Zakropienie leku do oka. ○ Zakropienie leku do nosa. ○ Zakropienie leku do ucha. ○ Wstrzyknięcie podskórne. ○ Wstrzyknięcie domięśniowe. ○ Wstrzyknięcie dożylnie. ○ Kroplowy wlew dożylny. ○ Założenie i pielęgnowanie obwodowego kontaktu żylnego. ○ Zdejmowanie szwów. ○ Podawanie tlenu.
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Bańki lekarskie. • Świadczenia usprawniające: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ćwiczenia gimnastyczne bierne. ○ Ćwiczenia gimnastyczne czynne. ○ Pomoc przy siadaniu w łóżku. ○ Pomoc przy wstawaniu z łóżka. ○ Gimnastyka oddechowa. ○ Drenaż ułożeniowy. ○ Zmiana pozycji ułożeniowej w łóżku. ○ Hartowanie kikuta amputowanej kończyny. ○ Kształtowanie kikuta amputowanej kończyny. • Świadczenia diagnostyczne: <ul style="list-style-type: none"> ○ Badanie fizykalne. ○ Ocena stanu świadomości. ○ Pomiar temperatury ciała. ○ Pomiar i obserwacja oddechu. ○ Pomiar glukometrem poziomu glikemii w krwi włosniczkowej. ○ Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. ○ Pomiar i obserwacja tętna. ○ Obserwacja i pomiar obrzęków. ○ Bilans płynów. ○ Pobranie krwi do badań. ○ Pobranie moczu do badania ogólnego. ○ Pobranie: moczu na posiew, kału do badania, płwociny do badania, wymazu z nosa, wymazu z gardła, wymazu z rany. • Wykaz skal i testów: <ul style="list-style-type: none"> ○ skala Barthel, ○ skala MMSE, ○ test kategoryzacji opieki pielęgniarskiej, ○ skala Waterloo, ○ skala ADL, ○ test „wstań i idź”, ○ test zegara, ○ karta kontroli gospodarki wodnej, ○ test oceny stanu odżywienia, ○ skala niezależności funkcjonalnej pacjenta po udarze mózgu, ○ test wg skali Nosger, ○ schemat nr 1 PDOD - umiejscowienie odleżyn (opracowany przez ODOM, Szpital Miejski im. J. Strusia, Poznań), • Narzędzia pomiaru i kontroli: <ul style="list-style-type: none"> ○ przegląd standardu, ○ zakres kompetencji pielęgniarki, ○ dokumentacja pielęgniarki domowej opieki długoterminowej, ○ ankieta satysfakcji podopiecznego, ○ ankieta oceny pracownika.
Singapur	<p>SG MOH 2015</p> <p>Singapore Ministry of Health</p> <p>[7]</p>	<p>Opieka domowa stanowi istotny element celu jakim jest dążenie do zapewnienia osobom starszym starzenia się w domu, w środowisku osób bliskich oraz unknienie opieki zinstytucjonalizowanej przez możliwie najdłuższy czas. Świadczenia zdrowotne udzielane w domu obejmują: opiekę medyczną, opiekę pielęgniarską, rehabilitację domową, ocenę środowiska domowego, opiekę personalną oraz świadczenia opieki paliatywnej. Wytyczne obejmują 4 szerokie zagadnienia jakimi są: opieka holistyczna, jakość opieki, informowanie i zapewnianie dostępu do opieki oraz ciągłość opieki.</p> <p><u>Opieka holistyczna</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dostęp do opieki – pacjenci/klienci i ich opiekunowie mają dostęp do świadczeń skoordynowanej opieki domowej, która spełnia ich potrzeby. • Podejście do opieki – pacjent otrzymuje skoordynowaną, wielodyscyplinarną i skoncentrowaną na pacjencie opiekę. Świadczenia opieki domowej obejmują, ale nie są też ograniczone do: <ul style="list-style-type: none"> ○ domowej opieki medycznej i pielęgniarskiej, ○ domowej opieki socjalnej, ○ domowej rehabilitacji, ○ oceny środowiska domowego, ○ domowej opieki paliatywnej, ○ wsparcia psycho-społecznego i wsparcia osób z demencją; ○ wsparcia i treningu opiekunów; • Ocena i planowanie opieki – świadczeniodawca powinien przeprowadzić kompleksową początkową ocenę w trakcie przyjęcia pacjenta, a także powinien prowadzić ponowną ocenę stanu pacjenta przynajmniej co 6 miesięcy w celu zaspokajania adekwatnych potrzeb. Ocena powinna obejmować: ocenę potrzeb medycznych i pielęgnacyjnych, ocenę potrzeb psycho-społecznych i emocjonalnych, ocenę stanu skóry, stan odżywienia uwzględniający tryb karmienia i restrykcje dietetyczne, stan higieny zębów i jamy ustnej, potrzeby związane z oddawaniem moczu, odczucia bólowe, istniejące alergie, przyjmowane leki i stopień stosowania się do zaleceń lekarskich, terminy koniecznych kontrolnych wizyt lekarskich, ocenę

		<p>dostępności i bezpieczeństwa środowiska życia pacjenta, potrzeby opiekunów, ocenę ryzyka upadków, a także ocenę możliwych nadużyć względem pacjenta ze strony opiekunów. W oparciu o potrzeby pacjenta powinien zostać sporządzony plan opieki. Plan powinien uwzględniać cele, częstość i zakres wizyt, ramy czasowe, wyszczególniać rolę pacjenta, opiekunów i świadczeniodawców, uwzględniać plan wypisu z opieki (w uzasadnionych przypadkach), zapewniać kierowanie pacjenta do innych świadczeniodawców oraz określać wysokość opłaty pokrywanej przez państwo jak i ze środków pacjenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> Opieka medyczna i pielęgniarska – Pacjent otrzymuje świadczenia medyczne i pielęgniarskie w środowisku domowym, mające na celu utrzymanie jak najlepszej jakości życia i odsunięcie w czasie objęcie pacjenta zinstytucjonalizowaną opieką. Zakres świadczeń pielęgniarskich powinien obejmować przynajmniej: <ul style="list-style-type: none"> postępowanie po operacjach, np. podawanie zastrzyków, pielęgnacja wklucia centralnego, tracheostomii; opatrzywanie ran, pielęgnacja i wymiana cewników układu moczowego i cewników stosowanych w drenażu chirurgicznym, pielęgnacja stomii, monitorowanie i kontrola bólu, założenie sondy, pomoc w wypróżnianiu – np. enema lub ręczne wydobycie stolca, monitorowanie stanu klinicznego pacjenta, np. poprzez pomiary ciśnienia tętniczego, poziomu cukru, przewodzenie edukacji opiekunów i treningu odnoszącego się do wielu aspektów, np. prewencji upadków, odleżyn, odpowiednich technik karmienia, itp. doradzanie w zakresie czynności dnia codziennego, np. poradnictwo żywieniowe, monitorowanie stosowania się do zaleceń lekarskich i przyjmowania leków, administrowanie, supervizja i pakowanie leków. <p>Świadczenia pielęgniarskie powinny być udzielane przez pielęgniarkę dyplomowaną, powinny odpowiadać długoterminowym potrzebom pacjenta i powinny być udzielane regularnie, zgodnie ze zindywidualizowanym planem opieki.</p> Opieka socjalna – pacjent powinien otrzymywać opiekę personalną i pomoc w czynnościach domowych, tak aby kontynuować życie w domu i społeczeństwie. Zakres domowej opieki socjalnej powinien obejmować przynajmniej: <ul style="list-style-type: none"> higienę osobistą: <ul style="list-style-type: none"> kąpiel lub pomoc w kąpieli dla osób, które są zbyt chore aby mogły samodzielnie wziąć kąpiel, ponieważ są przykute do łóżka lub wózka inwalidzkiego; zmianę ubrań, bielizny i pościeli, szczotkowanie zębów i czyszczenie protez zębowych, pomoc w toalecie, proste strzyżenie, wsparcie/asystowanie w czynnościach dnia codziennego lub innych zadaniach osobistych: <ul style="list-style-type: none"> podnoszenie, przenoszenie i zmiana pozycji, asystowanie w karmieniu lub karmienie przez zgłębnik, pomoc w lekkich pracach domowych i praniu jeśli pacjent lub jego rodzina są niezdolni do wykonania tych czynności, proste opatrzywanie ran, proste sprawunki, jeśli potrzebne i zasadne, pomoc, wsparcie w podawaniu leków: <ul style="list-style-type: none"> przypominanie o konieczności wzięcia leków i monitorowanie stosowania się do zaleceń, podawanie leków jeśli pacjent/jego opiekun nie jest w stanie tego zrobić po instruktażu przeprowadzonym przez pacjenta lub jego opiekunów, stymulowanie aktywności umysłowej, przebywanie z osobami starszymi i dawanie wytchnienia opiekunom, wykonywanie z pacjentem prostych ćwiczeń zgodnie z zaleceniami i po przeszkoleniu przez uprawnionego terapeutę. <p>Świadczenia socjalne powinny być nadzorowane i oceniane przez pielęgniarkę dyplomowaną. Świadczenia socjalne powinny być udzielane przez personel, który odbył odpowiednie szkolenie i posiada odpowiednie certyfikaty.</p> Rehabilitacja domowa - pacjenci otrzymują świadczenia rehabilitacji domowej w celu poprawy statusu ich funkcjonowania i/lub zapobieganiu dalszemu pogarszaniu się stanu. Zakres rehabilitacji domowej powinien obejmować przynajmniej: <ul style="list-style-type: none"> fizjoterapię: <ul style="list-style-type: none"> mobilizację funkcjonalną i trening chodu, wykonywanie ćwiczeń czynnych i biernych w celu poprawy lub przywrócenia zakresu ruchu, siły fizycznej, giętkości, koordynacji, równowagi i wytrzymałości, leczenie zwalczające ból, poradnictwo w zakresie używania sprzętu pomocniczego, edukację i trening pacjenta i jego opiekunów,
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ czynności integrujące ze społeczeństwem; ○ terapię zajęciową: <ul style="list-style-type: none"> ▪ trening czynności dnia codziennego; ▪ ćwiczenia mające na celu wzmocnienie siły mięśniowej i zakresu ruchów, ▪ koordynacja i ćwiczenia zręcznościowe, ▪ poradnictwo dotyczące stosowania ortez, protez i sprzętu wspomagającego aktywności dnia codziennego, ▪ poradnictwo dotyczące ergonomii pracy, ▪ ocena środowiska domowego i zalecenia dotyczące modyfikacji środowiska domowego, ▪ edukacja i trening pacjenta i jego opiekunów, ▪ ocena poruszania się na wózku inwalidzkim, ▪ aktywności integrujące ze społeczeństwem. • Świadczenia rehabilitacyjne powinny być udzielane przez uprawnionego terapeutę. • Pacjentowi przysługują świadczenia opieki paliatywnej zgodnie z jego wolą, tak aby osiągnął maksymalną jakość życia w ciągu jego ostatnich dni życia w domu. • Wsparcie psycho-społeczne i pacjentów z demencją – pacjenci z demencją i innymi chorobami psychicznymi są objęci opieką skoncentrowaną na pacjencie. • Trening i wsparcie opiekunów – Opiekunowie pacjenta powinni otrzymać odpowiedni trening i wsparcie w zakresie opieki, tak aby minimalizować stres opiekunów. Świadczeniodawca powinien monitorować potrzeby emocjonalne opiekunów, ich możliwość do radzenia sobie z obowiązkami opiekuna, sieć wsparcia oraz sytuację finansową. W razie potrzeby, świadczeniodawca powinien rozmawiać z opiekunem i pomóc mu w rozwinięciu strategii samoopieki i radzeniu sobie z obowiązkami opiekuna. Strategia ta może zawierać: prowadzenie poradnictwa lub skierowanie opiekuna do zewnętrznego świadczeniodawcy świadczącego poradnictwo, prowadzenie edukacji i treningu, łączenie opiekunów w grupę wsparcia. • Wypisanie z opieki i przeniesienie pacjenta – świadczeniodawca powinien wypisać pacjenta z opieki, jeśli nastąpi jedna z następujących sytuacji: przyjęcie do szpitala lub do ośrodka opieki zinstytucjonalizowanej na dłuższy okres czasu, niż zakładany przez świadczeniodawcę; pacjent dobrowolnie zrezygnuje z opieki; nastąpi zmiana stanu pacjenta lub jego sytuacji, która wpłynie na kryteria kwalifikujące go do opieki; zostaną osiągnięte cele wyznaczone w planie opieki; pacjent się przeprowadzi poza obręb świadczeniodawcy; nastąpi zgon pacjenta. • Opieka skoordynowana – pacjent otrzymuje holistyczne, wielodyscyplinarne świadczenia opiekuńcze od świadczeniodawcy i innych podmiotów zdrowotnych i socjalnych z nim związanych. <p><u>Jakość opieki</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zapewnienie prawidłowej opieki związanej z oddawaniem moczu i wypróżnieniami – sprawowanie opieki w taki sposób aby zapewnić pacjentowi jak największą niezależność w tym zakresie. • Zapewnienie prawidłowego leczenia bólu. • Zapewnienie prawidłowej profilaktyki i postępowania w przypadku wystąpienia odleżyn. • Asystowanie pacjentowi i rodzinie w podawaniu leków, tak aby wiązało się ono z jak najlepszymi wynikami. • Zapewnienie karmienia przez zgłębnik pacjentom, którzy tego potrzebują. • Zapewnienie ochrony przed ryzykiem zakażenia poprzez prowadzenie przez świadczeniodawcę programu kontroli zakażeń. • Zapewnienie pacjentowi bezpiecznego środowiska, które minimalizuje ryzyko upadków i urazów oraz sprzętu, który zwiększa bezpieczeństwo w zależności od potrzeb. • Zapewnienie odpowiedniego sposobu prowadzenia dokumentacji. • Świadczeniodawca zapewnia odpowiednią ilość personelu. • Świadczeniodawca zapewnia, że świadczenia są udzielane przez odpowiedni personel. • Świadczeniodawca zapewnia, że wolontariusze uczestniczący w procesie opieki, będą ją świadczyć w odpowiedni i bezpieczny sposób. <p><u>Informowanie i ułatwianie dostępu do świadczeń</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacjent i opiekunowi otrzymują odpowiednie informacje oraz są odpowiednio edukowani, tak aby umożliwić im podejmowanie decyzji dotyczących opieki i promowania niezależności. • Informacje zwrotne i skargi ze strony pacjentów i opiekunów są w odpowiedni sposób rozważane.
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.3. Aktualny stan finansowania w Polsce

W procesie rzetelnej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej należy mieć na uwadze wszystkie elementy mające wpływ na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej. Jednym z niezbędnych elementów uczestniczącym w procesie wyceny i ustalenia taryfy świadczeń jest przygotowanie

diagnozy zasobów opieki pielęgniarskiej długoterminowej domowej w Polsce. Poniższy rozdział przedstawia charakterystykę dostępnych zasobów, tj. wartość kontraktów, koszty realizacji świadczeń, wydatki na świadczenia zdrowotne, wskaźniki zatrudnienia personelu medycznego oraz liczbę świadczeniodawców realizujących zadania opieki pielęgniarskiej długoterminowej domowej.

1.3.1. Aktualny zakres, sposób i poziom 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.

System opieki społecznej

Pomoc społeczna może być udzielana w formie świadczeń pieniężnych lub niepieniężnych. W ramach świadczeń pieniężnych wyróżnić można zasiłki okresowe oraz celowe. Zasiłek okresowy przyznawany jest ze względu na długotrwałą chorobę na czas określony osobie spełniającej kryterium dochodowe. Zasiłki celowe – również uzależnione od spełniania kryterium dochodowego – przyznawane są w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej. Zasiłek może być przyznawany w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków, leczenia. W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy. Przyznanie specjalnego zasiłku celowego należy do zadań nieobowiązkowych gminy, których realizacja podyktowana jest finansowymi możliwościami gminy oraz powinna odpowiadać lokalnym potrzebom. Zasiłek pielęgnacyjny jest kolejnym świadczeniem pieniężnym, jakie w ramach zadań zleconych realizuje gmina – przyznaje się go w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia osobie niepełnosprawnej opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Drugą formą pomocy są usługi opiekuńcze, które mogą mieć charakter środowiskowy lub instytucjonalny. Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, należy do zadań obowiązkowych gminy. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Mogą być również przyznane osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę, higienę, pielęgnację oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem, natomiast specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia, takie jak: pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, rehabilitację fizyczną i muszą być sprawowane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. Opieka zakładowa w ramach systemu opieki społecznej realizowana jest w domach pomocy społecznej, które są placówką przeznaczoną dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych [2].

System opieki zdrowotnej

Rozporządzenie „koszykowe”

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki pielęgniarskiej długoterminowej domowej 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 (Dz. U. 2013 poz. 1480) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2014 poz. 960).

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki długoterminowej są udzielane w warunkach stacjonarnych – które są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, jak i domowych, które są realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową.

Przedmiotem zlecenia jest wyłącznie pielęgniarska opieka długoterminowa domowa. Świadczenia te są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Oceny świadczeniobiorcy dokonuje:

- w dniu skierowania świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową – lekarz ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego;
- na koniec każdego miesiąca – pielęgniarka opieki długoterminowej domowej¹.

Świadczenia gwarantowane z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są:

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

Świadczenia gwarantowane z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej obejmują:

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

W rozporządzeniu określono również warunki udzielania świadczenia, szczegółowe informacje przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 7. Warunki realizacji świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

	Warunki realizacji świadczenia
Sprzęt medyczny i pomocniczy	<p>Neser pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w:</p> <ul style="list-style-type: none"> • podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku, w tym zestaw do wykonania iniekcji, przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, zestaw podstawowych narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny, • zestaw niezbędny do założenia i usunięcia zgłębnika oraz do karmienia przez zgłębnik, stomię, • zestaw do karmienia przez przetokę i pielęgnacji przetoki, • zestaw do założenia, płukania i usunięcia cewnika, • pakiet do odkażania i dezynfekcji, • zestaw do pielęgnacji tracheostomii, • zestaw przeciwwstrząsowy, • maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego, • glukometr, • termometr, • zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, • środki ochrony osobistej: fartuchy, maseczki, rękawice, • aparat do pomiaru ciśnienia krwi, • stetoskop.
Warunki lokalowe	<ul style="list-style-type: none"> • pomieszczenie przystosowane do celów biurowych oraz do przechowywania leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu medycznego • zapewnienie kontaktu telefonicznego

¹ Pielęgniarka z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub kursem specjalistycznym lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego lub w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej (również w trakcie odbywania kursów specjalistycznych).

Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych	<ul style="list-style-type: none"> dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00-20.00, dostępność w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach, wizyty – nie mniej niż 4 razy w tygodniu, liczba świadczeniobiorców objętych opieką, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej) – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 12 świadczeniobiorcami.
--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zarządzenie Prezesa NFZ

Świadczenia gwarantowane w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej finansowane są z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone są w Zarządzeniu nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r.

W poniższej tabeli przedstawiono katalog świadczeń w opiece pielęgniarskiej długoterminowej domowej zawarty w załączniku nr 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ.

Tabela 8. Katalog świadczeń w opiece pielęgniarskiej długoterminowej domowej

Nazwa komórki organizacyjnej	Nazwa zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Kod świadczenia sprawozdawanego
Pielęgniarska opieka długoterminowa	Świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej	osobodzień	Osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 1,0	5.15.00.0000089
			Osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 0,5	5.15.00.0000090

Zarządzenie określa następujące zasady udzielania świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej:

- Pielęgniarska opieka długoterminowa stanowi opiekę nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych;
- Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani świadczeniobiorcy przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorzy z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, którzy w ocenie skalą Barthel uzyskali 0 do 40 punktów; w przypadku psychicznie chorych będących w ostrej fazie choroby, świadczenia zabezpieczone są zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz 1386 i 1610);
- Po otrzymaniu skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, które zawiera niezbędne informacje oraz karty oceny świadczeniobiorcy, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej ustala ze świadczeniobiorcą albo członkiem jego rodziny albo opiekunem faktycznym lub prawnym świadczeniobiorcy termin pierwszej wizyty, w trakcie której dokonuje ponownej oceny w skali Bartel oraz ustala plan opieki w oparciu o rozpoznane problemy pielęgnacyjne; pielęgniarka opieki długoterminowej zapoznaje świadczeniobiorcę oraz członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego ze sporządzonym planem opieki oraz z zasadami zabezpieczenia środków medycznych niezbędnych do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
- Pielęgniarka zapewnia wyroby medyczne zgodnie z wyposażeniem neseseru pielęgniarskiego (zgodnie z Rozporządzeniem); świadczeniobiorca albo członek jego rodziny albo opiekun faktyczny zapewnia środki higieniczne i opatrunkowe, leki i inne wyroby medyczne zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- Zużyte w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjnych wyroby medyczne, mogące stanowić zagrożenie epidemiologiczne, świadczeniodawca realizujący świadczenie, obowiązany jest zabezpieczyć, przechowywać i utylizować zgodnie z odrębnymi przepisami;

- W pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka wykonuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami, czynności wynikające ze zleceń lekarskich oraz z ustalonego planu pielęgnacji;
- Wizyta pielęgniarki jest każdorazowo potwierdzana przez świadczeniobiorcę albo członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego – z zastosowaniem „Kart wizyty pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”;
- Podczas każdej wizyty w domu pacjenta pielęgniarka dokonuje w dokumentacji medycznej wpisu obserwacji pielęgniarskich poświadczonych pieczęcią, własnoręcznym podpisem wraz z określeniem daty dokonania wpisu;
- Każda wizyta pielęgniarki jest sprawozdawana w raporcie statystycznym z kodem 5.01.27.0800016 oraz datą zrealizowania wizyty;
- W okresie sprawozdawania opieki pielęgniarka monitoruje poziom samodzielności świadczeniobiorcy przy wykorzystaniu oceny według skali Barthel i w zależności od stwierdzonych zmian, modyfikuje realizowany dotychczas plan opieki; dokonanie zmian oraz informacje dotyczące przyczyn i zakresu dokonanych zmian pielęgniarka odnotowuje w prowadzonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
- Ocena odbywa się na koniec każdego miesiąca; w przypadku gdy świadczeniobiorca uzyskał więcej niż 40 punktów, Fundusz finansuje świadczenia do końca kolejnego miesiąca kalendarzowego;
- W przypadku stwierdzenia przez pielęgniarkę w trakcie wizyty u świadczeniobiorcy, zmian świadczących o pogorszeniu stanu zdrowia lub wystąpieniu powikłań, pielęgniarka obowiązana jest do: niezwłoczne konsultacji zaistniałej sytuacji z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zadeklarowany jest świadczeniobiorca, a w razie konieczności do wezwania zespołu ratownictwa medycznego;
- Świadczenia pielęgniarskie wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji w godzinach 20.00 do 8.00 dnia następnego, zapewnia w ramach sprawowanej opieki świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej.

Zarządzenie określa następujące zasady rozliczania świadczeń:

- Jednostką rozliczeniową świadczeń pielęgnacyjnych jest osobodzień;
- Świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej może rozliczyć w okresie sprawozdawczym świadczenia udzielone przez jedną pielęgniarkę: świadczeniobiorcom przybywającym pod tym samym adresem zamieszkania, w szczególności w domu pomocy społecznej, albo świadczeniobiorcom przebywającym pod różnymi adresami zamieszkania, albo świadczeniobiorcom, których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania. Dopuszczalną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką jednocześnie przez pielęgniarkę w ramach jednego etatu przeliczeniowego, którzy przebywają: pod tym samym adresem zamieszkania, albo pod różnymi adresami zamieszkania określa rozporządzenie.
- Dopuszczalną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką jednocześnie przez pielęgniarkę w ramach jednego etatu przeliczeniowego, których część przebywa pod tym samym adresem, a część pod różnymi adresami zamieszkania przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 9. Dopuszczalna maksymalna liczba świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem i pod różnymi adresami, objętych jednocześnie opieką przez jedną pielęgniarkę w ramach 1 etatu przeliczeniowego

	Pacjenci pod jednym adresem zamieszkania	Pacjenci pod różnymi adresami zamieszkania
Liczba pacjentów do:	2	5
	4	4
	6	3
	8	2
	10	1

1.3.2. Liczba i wartość podpisanych umów z NFZ w latach 2010-2015

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej przeznaczone są dla osób przewlekle chorych niewymagających leczenia szpitalnego, u których występują deficyty w samoopiece i samopielęgnacji, i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Świadczenia te realizowane są w następujących zakresach:

- Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, również dla dzieci i młodzieży – dla pacjentów wymagających całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych;
- Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, również dla dzieci – obejmują całodobowe, mechaniczne lub ciśnieniowe wspomaganie oddechu dla osób z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej opieki medycznej;
- Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, również dla dzieci – obejmuje opieką osoby z niewydolnością oddechową, wymagające stosowania ciągłej terapii oddechowej, niewymagających hospitalizacji, lecz jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, pielęgnacji i rehabilitacji;
- Świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej - jest to opieka realizowana nad pacjentem, przebywającym w domu, niewymagającym hospitalizacji, lecz wymagającym systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę podpisanych umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych na przestrzeni lat 2010-2014. W analizowanym okresie obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby podpisywanych umów; dynamika wzrostu liczby podpisywanych umów na przestrzeni lat 2010-2014 wyniosła około 32%.

Tabela 10. Liczba podpisanych umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2010-2014 r.

Rodzaj świadczenia	Liczba umów					Dynamika liczby umów 2010 vs 2014
	2010	2011	2012	2013	2014	
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 890	1 668	2 044	1 866	2 486	31,5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

W poniższej tabeli przedstawiono wartości podpisanych umów w latach 2010-2015. Na przestrzeni analizowanych lat dynamika wzrostu wartości umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wyniosła około 30%. W 2010 r. wartość kontraktów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wyniosła 894 956,88 PLN natomiast w 2015 r. podpisano umowy o łącznej wartości 1 166 568,00 PLN. Procentowy udział świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w całkowitych wydatkach NFZ w analizowanych latach wahał się od 1,73% do 1,81%. W roku 2015 zaobserwowano tendencję spadkową dotyczącą udziału świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w całkowitej wartości zakontraktowanych świadczeń w stosunku do lat poprzednich. Należy mieć również na uwadze, że kwota poświęcona na finansowanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych zwiększa się z roku na rok.

Tabela 11. Wartość podpisanych umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2010-2015 (w PLN)

Rodzaj świadczenia	Wartość umów						Dynamika wartości umów 2010 vs 2015
	2010	2011	2012	2013	2014	2015*	
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	894 956,88	952 434,90	1 020 341,29	1 077 374,49	1 096 068,16	1 166 568,00	30,35%
Ogółem wydatków NFZ	49 341 507	50 775 563	54 182 199	56 110 123	57 019 400	67 606 354	
Udział % świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych	1,81%	1,88%	1,88%	1,92%	1,92%	1,73%	
Zmiana %	nd	6,42%	7,13%	5,59%	1,74%	6,43%	

*Na podstawie planu finansowego NFZ na 2015 r. z dnia 29 września 2015 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

Poniższa tabela przedstawia koszty realizacji świadczeń względem wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. W latach 2012 i 2014 koszty realizacji świadczeń przekroczyły nieznacznie wartość zakontraktowanych świadczeń, natomiast w pozostałych latach udział kosztów realizacji świadczeń względem wartości zawartych umów wahał się od 97,98% do 99,43%. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 12. Wartość i wykonanie umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w latach 2010-2014

Rok	Sumaryczna wartość zakontraktowanych świadczeń	Sumaryczny koszt realizacji świadczeń	Procentowy udział kosztów realizacji świadczeń względem wartości zawartych umów
2010	894 956,88	876 856,40	97,98%
2011	952 434,90	947 028,53	99,43%
2012	1 020 341,29	1 020 811,11	100,05%
2013	1 077 374,49	1 074 938,72	99,77%
2014	1 096 068,16	1 099 058,18	100,27%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

1.3.3. Koszty realizacji świadczeń

Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych z podziałem na województwa w latach 2010-2014 przedstawiono w tabeli poniżej. Wzrost kosztów związanych z udzielaniem świadczeń w analizowanych latach wyniósł około 25%. Najwyższe koszty realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w 2014 roku, poniesione zostały w trzech oddziałach: śląskim, mazowieckim i małopolskim. Największy wzrost kosztów na przestrzeni analizowanych lat odnotowano w województwie świętokrzyskim (74,32%), najniższe zaś w województwie opolskim (15,22%).

Tabela 13. Koszty realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w latach 2010-2013 (dane w tys. PLN)

Kod województwa	Nazwa oddziału	Koszty realizacji świadczeń					Dynamika wzrostu kosztów 2010 vs 2014
		2010	2011	2012	2013	2014	
01	Dolnośląski	79 141, 74	81 524,29	90 812,23	91 867,84	93 076,96	17,61%
02	Kujawsko-Pomorski	33 954,36	37 347,32	44 079,04	46 318,14	47 261,38	39,19%
03	Lubelski	39 411,27	42 000,81	46 639,13	52 339,34	54 690,29	38,77%
04	Lubuski	17 257,65	20 467,52	20 786,19	21 086,55	21 284,23	23,33%
05	Łódzki	45 528,89	47 302,80	51 259,63	52 885,93	52 545,80	15,41%
06	Małopolski	90 545,46	96 129,26	106 982,75	112 872,42	114 157,56	26,08%
07	Mazowiecki	122 254,41	130 794,49	106 982,75	141 170,58	144 381,47	18,10%
08	Opolski	37 736,83	40 656,14	41 590,14	42 098,18	43 479,36	15,22%
09	Podkarpacki	71 117,37	73 116,97	85 783,22	90 960,49	93 973,07	32,14%
10	Podlaski	19 967,12	21 888,46	23 017,98	25 177,54	27 213,02	36,29%
11	Pomorski	27 011,63	32 747,04	36 078,09	41 245,34	42 082,77	55,80%
12	Śląski	157 673,54	171 949,22	179 663,02	182 287,74	185 346,12	17,55%
13	Świętokrzyski	26 170,22	30 496,38	38 916,00	43 983,28	45 618,96	74,32%
14	Warmińsko-Mazurski	23 445,66	26 430,94	29 236,21	33 068,01	34 497,60	47,14%
15	Wielkopolski	53 786,86	59 113,01	59 343,21	60 903,12	62 240,89	15,72%
16	Zachodniopomorski	31 641,47	32 063,88	34 089,54	36 674,22	37 208,70	17,59%
Razem		876 856,40	947 028,53	1 020 811,11	1 074 938,72	1 099 058,18	25,34%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

1.3.4. Liczba pielęgniarek

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę pielęgniarek środowiskowych rodzinnych w poszczególnych województwach na przestrzeni lat 2010-2013. Najwięcej pielęgniarek obserwuje się mazowieckim i śląskim. Najmniej natomiast odnotowano warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim. Na przestrzeni lat 2010 i 2013 największy wzrost personelu miał miejsce w województwie pomorskim (55%) oraz lubuskim (28%). Najwyższy spadek liczby pielęgniarek obserwuje się w województwie zachodniopomorskim (-10%) oraz w województwie (-7,5%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 14. Liczba pielęgniarek środowiskowych rodzinnych na przestrzeni lat 2010-2013 w Polsce

Województwo	Pielęgniarki środowiskowe rodzinne				Zmiana 2010 vs 2013
	2010	2011	2012	2013	
POLSKA	11 727	11 796	11 690	11 947	1,88%
Dolnośląskie	1018	1 077	985	1 077	5,80%
Kujawsko-pomorskie	677	662	724	701	3,55%
Lubelskie	1013	1 002	1 067	1 004	-0,89%
Lubuskie	195	224	230	250	28,21%
Łódzkie	1 064	1 020	1 101	1 157	8,74%
Małopolskie	1 100	1 121	1 124	1 043	-5,18%
Mazowieckie	1 838	1 919	1 595	1 822	-0,87%
Opolskie	308	300	314	285	-7,47%
Podkarpackie	712	714	702	710	-0,28%
Podlaskie	348	364	353	359	3,16%
Pomorskie	348	457	452	540	55,17%
Śląskie	1 874	1 839	1 891	1 837	-1,97%
Świętokrzyskie	560	557	551	568	1,43%
Warmińsko-mazurskie	148	148	178	169	14,19%
Wielkopolskie	222	260	322	289	30,18%
Zachodniopomorskie	151	132	322	136	-9,93%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [12, 13, 14, 15]

1.3.5. Liczba placówek

W 2014 r. zarejestrowano łącznie 1 745 świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach kontraktu z NFZ (tabela poniżej). Na przestrzeni lat 2010-2014 obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Poniższe dane dobrze ilustrują nierównomierne rozproszenie świadczeniodawców pomiędzy poszczególnymi województwami. Największa koncentracja świadczeniodawców znajduje się w województwie śląskim, mazowieckim oraz wielkopolskim. Najmniej świadczeniodawców natomiast udziela świadczeń w województwie pomorskim i podlaskim. Szczegółowe informacje przedstawia tabela poniżej.

Tabela 15. Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

Nazwa oddziału	Liczba świadczeniodawców				
	2010	2011	2012	2013	2014
Dolnośląski	127	136	163	156	156
Kujawsko-Pomorski	66	75	76	77	91
Lubelski	83	96	101	96	101
Lubuski	57	55	57	61	56
Łódzki	87	82	93	76	76
Małopolski	155	147	146	172	123
Mazowiecki	170	184	200	192	209
Opolski	51	56	59	59	62
Podkarpacki	128	144	148	148	160
Podlaski	54	53	51	48	46
Pomorski	33	35	46	43	45
Śląski	231	264	265	265	273
Świętokrzyski	42	41	44	54	53
Warmińsko-Mazurski	53	59	60	55	57
Wielkopolski	136	132	186	175	177
Zachodniopomorski	57	55	58	57	60
Razem	1 530	1 614	1 753	1 734	1 745

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

1.3.6. Kolejki oczekujących

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę osób oczekujących na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Na przestrzeni lat 2011 i 2013 odnotowano wzrost liczby pacjentów na analizowane świadczenie, natomiast w 2014 roku odnotowano 6% spadek liczby oczekujących na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 16. Liczba osób oczekujących na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej na przestrzeni lat 2011-2014

Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących				Dynamika zmian 2011 vs 2014
	2011	2012	2013	2014	
Pielęgniarska opieka długoterminowa	5 385	5 538	5 743	5 049	-6,24%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej do wynosi 0 dni. Szczegółowe informacje przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 17. Mediana czasu oczekiwania na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej na przestrzeni lat 2011-2014

Nazwa komórki organizacyjnej	Średni czas oczekiwania (mediana/kwartyl trzeci)			
	2011	2012	2013	2014
Pielęgniarska opieka długoterminowa	0/30	0/20	0/22	0/24

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

W znacznym odsetku (ponad 60%) na świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. W latach 2012 – 2014 obserwuje się tendencję spadkową komórek do których czas oczekiwania wynosi 0. Szczegółowe informacje dotyczące średniego czasu oczekiwania przedstawia tabela poniżej.

Tabela 18. Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni w zakresie świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej na przestrzeni lat 2011-2014

Nazwa komórki organizacyjnej	Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni			
	2011	2012	2013	2014
Pielęgniarska opieka długoterminowa	62%	66%	65%	64%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [8, 9, 10, 11]

1.4. Rozwiązania systemowe oraz poziom finansowania w innych krajach

Procentowy udział wydatków na opiekę zdrowotną jest zróżnicowany pomiędzy krajami i waha się od około 7% do 17%. W większości krajów dominującą formą finansowania opieki zdrowotnej są ubezpieczenia społeczne.

Pielęgniarska opieka domowa, w większości krajów jest świadczeniem z rodzaju opieki długoterminowej. Świadczenia te mogą być realizowane w domu poprzez opiekunów nieformalnych, pielęgniarki, pomocników opieki domowej, terapeutę, w ośrodkach dziennej opieki lub poprzez agencje opieki domowej (USA). W Wielkiej Brytanii, NHS w ramach opieki domowej finansuje usługi pielęgniarki środowiskowej, specjalistycznego terapeuty, pomocy w codziennych czynnościach, tj. kąpiel, ubieranie się, pranie. W Australii pielęgniarska opieka domowa jest świadczona w ramach rządowych programów; po otrzymaniu zgody na świadczenia, ustalany jest plan opieki. W Austrii opieka długoterminowa przysługuje pacjentom, którzy wymagają opieki przez więcej niż 60 godzin miesięcznie oraz gdy okres opieki będzie ciągły przez co najmniej 6 miesięcy. Czechy gwarantują świadczenia z zakresu opieki długoterminowej realizowane w ramach systemu opieki zdrowotnej i systemu opieki społecznej. System opieki społecznej w ramach opieki instytucjonalnej zapewnia domy starców, ośrodki dziennej/tygodniowej opieki. W zakresie opieki domowej gwarantuje się świadczenia pieniężne oraz pomoc w codziennych czynnościach (zakupy, pranie, posiłki). W Niemczech opieka długoterminowa może być świadczona w stacjonarnych klinikach dziennych i nocnych, domach dla osób starszych, zakładach pielęgnacyjnych, ośrodkach dziennego pobytu oraz

w formie opieki domowej. W ramach ubezpieczenia opieki długoterminowej zawierane są umowy z indywidualnymi niezależnymi pielęgniarkami. Szczegółowe dane dotyczące finansowania opieki długoterminowej przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 19. Finansowanie opieki długoterminowej w poszczególnych krajach

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2013 roku [%PKB] [18]	Finansowanie i organizacja pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia [19]	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
Stany Zjednoczone	<ul style="list-style-type: none"> Podatki ogólne (<i>Medicare</i> – 22,3% i <i>Medicaid</i> – 16,6%) [16]; Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (34,3%); Dopłaty pacjentów (<i>out-of-pocket</i>) (13,7%); Środki rządowe (5,3%); Instytucje non-profit (3,9%) [17]. 	17,1 %	bd	<ul style="list-style-type: none"> Program <i>Medicare</i> finansuje tylko część usług związanych z domową opieką długoterminową [20]. <i>Medicaid</i> finansuje większość usług opieki długoterminowej dla osób spełniających minimalne kryteria kwalifikacji oraz kryterium dochodu [20]. Prywatne ubezpieczenia [20]. 	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenia opieki długoterminowej mogą być udzielane w domu przez opiekuna nieformalnego (członek rodziny, przyjaciel), pielęgniarkę, pomocnika opieki domowej, terapeutę bądź w ośrodkach dziennej opieki, domach opieki lub przez agencje opieki domowej [21] Do świadczeń specjalistycznych udzielanych w domu oraz finansowanych przez <i>Medicare</i> należy m.in. pielęgnacja ran, pooperacyjnych, edukacja pacjenta i opiekuna, wykonywanie iniekcji, monitorowanie stanu zdrowia [22] 	bd
Anglia	<ul style="list-style-type: none"> Świadczenia NHS finansowane są głównie z podatków ogólnych (ok. 76%), w mniejszym stopniu ze składek na ubezpieczenie społeczne (ok. 18%) – opieka szpitalna, ambulatoryjna, podstawowa opieka zdrowotna, programy profilaktyczne, leki, opieka psychiatryczna oraz częściowo świadczenia stomatologiczne; Pozostałe: wydatki prywatne pacjentów, prywatne ubezpieczenia zdrowotne. 	9,1 %	bd	<ul style="list-style-type: none"> System opieki długoterminowej w Wielkiej Brytanii finansowany jest w większości z podatków powszechnych (<i>central taxation</i>), a także z podatków lokalnych (<i>council taxation</i>) oraz środków pochodzących od osób zobowiązanych do opłacania usług opieki długoterminowej. Władze lokalne otrzymują do rozdyponowania określoną liczbę środków finansowych i samodzielnie decydują, jak wydać je na opiekę społeczną. [23] Świadczenia opieki zdrowotnej gwarantowane przez ang. National Health Service (NHS) są bezpłatne [24] 	<ul style="list-style-type: none"> W Wielkiej Brytanii jednostkami odpowiedzialnymi za opiekę długoterminową są przede wszystkim władze lokalne wykonujące działania z zakresu opieki społecznej (jednostki <i>local government</i>) i w mniejszym stopniu Narodowa Służba Zdrowia (NHS), która decyduje o ogólnych kierunkach podejmowanych działań. [23] Na poziomie lokalnym każda ze 152 jednostek opieki społecznej dokonuje, według własnej procedury, oceny, jaka pomoc powinna zostać przyznana poszczególnym osobom. Jeżeli zostanie ona zakwalifikowana do opieki, jednostka ustala indywidualnie kwotę, jaką przyzna na pomoc, a bo przydziela opiekuna. Osoby mniej zamożne dokonują jedynie częściowej płatności lub też są z niej zwalniane.[23] Typy domów opieki społecznej w Wielkiej Brytanii to tzw. ang. <i>nursing homes</i> (dla pacjentów wymagających również pomocy pielęgniarskiej, osób w dużym stopniu 	bd

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2013 roku [%PKB] [18]	Finansowanie i organizacja pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia [19]	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
				<ul style="list-style-type: none"> Świadczenia zapewniane przez lokalne władze są współfinansowane w zależności od sytuacji materialnej (poza opieką pielęgniarską) [24]. 	<ul style="list-style-type: none"> uzależnionych od pomocy otoczenia) i residential homes (dla osób wymagających pomocy w mniejszym zakresie). [23] Domy opieki społecznej dzielą się również ze względu na rodzaj niesamodzielności pacjentów (np. dla pacjentów z demencją, dla pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną itp.) [23] Opieka domowa może być zorganizowana samodzielnie lub poprzez specjalne agencje. NHS w ramach opieki domowej finansuje usługi pielęgniarki środowiskowej, specjalistycznego terapeuty, pomoc w codziennych czynnościach, tj. kąpiel, ubieranie się, pranie [25]. Świadczenia dyplomowanej pielęgniarki pokrywane są przez NHS dla osób przebywających w domach opieki.[26] Pacjenci mają również możliwość wyboru płatności bezpośrednich, budżetu osobistego [27] 	
Australia	<ul style="list-style-type: none"> Powszechny obowiązkowy system ubezpieczeń zdrowotnych (Medicare) finansowany z podatków i składki ubezpieczeniowej – pokrywa opiekę ambulatoryjną, opiekę szpitalną i leki (zawiera się w 68,3%); Prywatne ubezpieczenia (komplementarno-suplementarne) obejmują prywatną opiekę szpitalną, opiekę specjalistyczną, opiekę dentystyczną, dopłaty do wizyt lekarskich, dopłaty do leków, leków nierefundowanych (8,8%); Publiczny system opieki zdrowotnej zarządzany i finansowany jest 	9,4 %	bd	<ul style="list-style-type: none"> Z podatków Ze środków własnych Pakiet Opieki Domowej poza subwencją rządową zawiera dwa typy opłat – podstawowa opłata dzienna (17,5% stawki podstawowej renty starczej dla osoby samotnej) oraz opłata za opiekę uzależnioną od dochodu [28] 	<ul style="list-style-type: none"> Pielęgniarska opieka domowa jest świadczona w ramach rządowych programów ang. <i>Commonwealth Home Support Programme</i> i <i>Home Care Packages Programme</i>, Na podstawie kwalifikacji przez Zespół Diagnostyki Geriatrycznej stwierdzana jest potrzeba otrzymywania pomocy subwencjonowanej przez rząd. [28] Po otrzymaniu zgody należy wybrać usługodawcę Pakietu Opieki Domowej. Następnie ustalany jest plan opieki. [28] Plan opieki może zawierać usługi z zakresu: <ul style="list-style-type: none"> Usług pielęgniarskich, innych usług klinicznych (usługi dotyczące poprawy słuchu i wzroku) 	bd

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2013 roku [%PKB] [18]	Finansowanie i organizacja pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia [19]	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
	<p>z poziomu rządowego (gł. finansowanie a nie dostarczanie usług – opieka ambulatoryjna, oraz dofinansowanie do leków i stacjonarnej opieki dla seniorów) oraz stanowego (68,3%);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopłaty pacjentów (ang. <i>out-of-pocket</i> (19,4%) [17]. 				<ul style="list-style-type: none"> ○ Pomocy w codziennych czynnościach (ubieranie się, kąpiel, poruszanie się itp.) ○ Pomocy przy przygotowywaniu posiłków oraz ich spożywaniu ○ Pomocy przy kontroli czynności fizjologicznych (m.in. pomoc przy używaniu nocników, kaczek) ○ Pomocy przy robieniu zakupów, pomoc w dojeździe do lekarza ○ Pomocy przy pielęgnacji skóry (zmiana opatrunków, nawilżanie skóry) [28] ▪ Pakiet Pomocy Domowej zawiera także usługi z zakresu telemedycyny [28] ▪ Usługi pielęgniarskie zawierają następujące świadczenia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ocena wstępna i bieżąca, planowanie opieki ○ Wdrażanie i nadzorowanie leczenia bólu i programu opieki paliatywnej ○ Zakładanie, pielęgnacja i utrzymanie rurek (dożylnych i noszotłokowych) ○ Zakładanie, usuwanie, wymiana cewnika ○ Wdrażanie i przegląd programu pielęgnacji stomii ○ Kompleksowa pielęgnacja ran ○ Podawanie czopków ○ Procedury zarządzania ryzykiem dotyczące ostrych lub przewlekłych chorób zakaźnych ○ Żywienie osób z dysfagią ○ Odsysanie dróg oddechowych ○ Pielęgnacja tracheostomii ○ Przeprowadzanie lewatywy ○ Tlenoterapia wymagająca ciągłego nadzoru 	

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2013 roku [%PKB] [18]	Finansowanie i organizacja pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia [19]	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
					<ul style="list-style-type: none"> o Dializa [29]. ▪ Świadczenia związane np. z fizjoterapią udzielane są przez innych specjalistów ochrony zdrowia [29]. 	
Austria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (44,6 %); ▪ Środki publiczne (budżet centralny, regionalne, ok. 32,6%); ▪ Dopłaty pacjentów (out-of-pocket, 16,7%); ▪ Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (4,8%); ▪ Instytucje non-profit (1,2%), [17]. 	11 %	1,51% PKB	<p>W przypadku opieki długoterminowej głównym źródłem finansowania są środki publiczne pochodzące z budżetu centralnego oraz budżetów regionalnych, ich udział wynosi ok. 80%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Opieka długoterminowa finansowana jest z podatków. ▪ Zasiłek na opiekę długoterminową ▪ Niecałkowite pokrycie kosztów przez państwo [30] 	<p>Opieka długoterminowa przysługuje osobom wymagającym opieki przez więcej niż 60 godzin miesięcznie oraz okres opieki będzie trwać przez co najmniej 6 miesięcy.</p> <p>System opieki długoterminowej to zbiór świadczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pieniężnych (zrekompensowanie wydatków związanych z opieką długoterminową) ▪ Rzeczowych <ul style="list-style-type: none"> o nieformalni opiekunowie: członkowie rodziny, pomoc sąsiedzka lub wolontariusze. o opieka ambulatoryjna i mobilna (wizyty domowe, opieka domowa, 24-godzinna opieka, opieka długoterminowa, dowożenie posiłków, wsparcie rodziny, opieka pielęgniarki środowiskowej, opieka psychospołeczna o ośrodki dziennego pobytu o umieszczenie w domach opieki, wspólnotach mieszkaniowych o usługi konsultacyjno – informacyjne (tj. infolinia, doradztwo prawne, grupy wsparcia) [30] 	bd
Czechy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (79,2%); ▪ Dopłaty pacjentów (<i>out-of-pocket</i>, 15,3%); ▪ Środki rządowe (4,5 %); ▪ Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (0,2 %); 	7,2%	0,29% PKB	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fundusz ubezpieczeń zdrowotnych pokrywa koszty usług medycznych ▪ Koszty usług gwarantowanych przez system opieki społecznej pokrywane są ze środków budżetu państwa, 	<p>Świadczenia z zakresu opieki długoterminowej realizowane są w ramach systemu opieki zdrowotnej i systemu opieki społecznej</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ System opieki zdrowotnej zapewnia opiekę instytucjonalną – jako kontynuacja opieki (rehabilitacja, pielęgnacja) w oddziałach szpitalnych oraz domach opieki długoterminowej. Ponadto gwarantuje opiekę w domu chorego 	bd

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2013 roku [%PKB] [18]	Finansowanie i organizacja pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia [19]	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
	<ul style="list-style-type: none"> Instytucje non-profit (0,4%), [17]. 			<p>a następnie rozdysponowywane z regionalnych budżetów społecznych, składek, środków z publicznego ubezpieczenia zdrowotnego</p> <ul style="list-style-type: none"> Istnieje współpłacenie za świadczenia zakwaterowania i wyżywienia w domach opieki, nieprzekraczająca 85% dochodów Świadczenie pieniężne - dodatek pielęgniacyjny [31] 	<p>w ramach świadczeń rzeczowych jako pielęgniarska opieka domowa. [31]</p> <ul style="list-style-type: none"> System opieki społecznej w ramach opieki instytucjonalnej zapewnia domy starców, ośrodki dziennej/tygodniowej opieki. W zakresie opieki domowej gwarantuje świadczenia pieniężne oraz pomoc w codziennych czynnościach (zakupy, pranie, posiłki) [31] 	
Niemcy	<ul style="list-style-type: none"> Obowiązkowe ubezpieczenie społeczne (70,4%); Dopłaty pacjentów (<i>out-of-pocket</i>, 12,2%); Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (9,6%); Środki rządowe (6,8%); Instytucje non-profit (0,5%), [2]. 	11,3 %	1,37% PKB	<ul style="list-style-type: none"> Opieka długoterminowa finansowana jest z funduszy ubezpieczeniowych, pomocy społecznej, ubezpieczenia zdrowotnego oraz środków prywatnych. Świadczenia mają charakter ubezpieczeniowy i są jednocześnie zależne od dochodu i majątku osoby ubezpieczonej. Główne źródło finansowania stanowi fundusz ubezpieczenia pielęgniacyjnego (piąty filar systemu ubezpieczeń socjalnych), który jest obligatoryjny dla wszystkich ubezpieczonych, także tych mających prywatnego ubezpieczyciela. Ubezpieczenie na wypadek 	<ul style="list-style-type: none"> Opieka długoterminowa może być świadczona w stacjonarnych klinikach dziennych i nocnych, domach dla osób starszych, zakładach pielęgniacyjnych, ośrodkach dziennego pobytu oraz w formie opieki domowej. Ubezpieczenie umożliwia pokrycie kosztów opiekuna lub profesjonalnych świadczeń ambulatoryjnych Członkowie rodziny ubezpieczonego sprawujący nad nim opiekę mogą skorzystać ze specjalnych, nieodpłatnych kursów, a także objęci są ubezpieczeniem wypadkowym, rentowym i emerytalnym. [23] W ramach ubezpieczenia opieki długoterminowej zawierane są umowy z indywidualnymi niezależnymi pielęgniarkami. 	bd

Państwo	Finansowanie systemu ochrony zdrowia	Wielkość wydatków na ochronę zdrowia w 2013 roku [%PKB] [18]	Finansowanie i organizacja pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej			
			% całkowitego budżetu ochrony zdrowia [19]	Główne źródła finansowania	Elementy organizacji udzielania świadczeń	Metody płatności za świadczenia – publiczni świadczeniodawcy
				<p>opieki długoterminowej pokrywa opieką powyżej 6 miesięcy, jej krótsze formy finansuje ubezpieczenie zdrowotne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jeśli pacjent nie jest w stanie pokryć kosztów opieki, może ubiegać się o wsparcie z pomocy społecznej, biorące pod uwagę sytuację materialną. ▪ Współpłacenie za świadczenia powyżej finansowanej kwoty [23] 		

W poniższej tabeli przedstawiono całkowite wydatki na opiekę długoterminową w zależności od rodzaju finansowania za świadczenia. Istnieją znaczne różnice pomiędzy krajami w zakresie ponoszonych wydatków na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej. Kraje takie jak Norwegia, Dania i Holandia, przydzielają więcej niż 20% obecnych wydatków zdrowotnych na opiekę długoterminową. W krajach takich jak: Portugalia, Grecja czy Estonia, wydatki na opiekę długoterminową stanowią bardzo niewielką część całkowitych wydatków na ochronę zdrowia. Największy udział w finansowaniu świadczeń z analizowanego zakresu mają wydatki publiczne (z budżetu państwa oraz ze składek na ubezpieczenie).

Należy zaznaczyć, że opieka długoterminowa w wymienionych krajach jest różnie definiowana. Opieka długoterminowa w różnych krajach może być sklasyfikowana według rodzaju ośrodka (świadczenia szpitalne, opieki dziennej, ambulatoryjne i opieki domowej). W ramach opieki długoterminowej, tylko aspekt zdrowotny jest zwykle zgłaszany jako wydatek na zdrowie, pomimo tego, że w niektórych krajach jest trudnym oddzielenie zdrowia i społecznych aspektów opieki długoterminowej. Niektóre z podanych krajów mają zaskakująco niskie wydatki z uwagi na to, że nie uwzględniono aspektów opieki społecznej. Z uwagi na powyższe porównywalność poszczególnych krajów w zakresie wydatków na opiekę długoterminową jest ograniczona [32].

Tabela 20. Całkowite wydatki przeznaczone na opiekę długoterminową w zależności od rodzaju finansowania

Kraj	Całkowite wydatki opieka długoterminowa	Wydatki rządowe	Ubezpieczenie społeczne	Wydatki indywidualne (out-of-pocket)	Ubezpieczenie prywatne	Inne
Austria	15,0%	4,8%	6,8%	2,6%	0,8%	0,2%
Belgia	21,0%	2,1%	13,7%	4,2%	0,8%	0,2%
Czechy	4,0%	0,2%	3,2%	0,6%	0	0
Dania	24,0%	20,4%	0	3,1%	0,5%	0
Estonia	4,0%	0,4%	2,8%	0,7%	0	0,1%
Finlandia	10,0%	bd	bd	bd	bd	bd
Francja	11,0%	0,4%	8,0%	0,9%	1,5%	0,1%
Grecja	1,0%	0,2%	0,4%	0,3%	0	0
Hiszpania	11,0%	7,5%	0,6%	2,3%	0,7%	0
Holandia	24,0%	1,9%	18,5%	1,4%	1,4%	0,7%
Islandia	19,0%	9,7%	5,7%	3,4%	0	0,2%
Izrael	8,0%	1,4%	3,6%	2,0%	0,8%	0,2%
Japonia	9,0%	0,8%	6,6%	1,4%	0,2%	0,1%
Kanada	15,0%	10,4%	0,2%	2,4%	2,0%	0,2%
Korea	12,0%	1,3%	5,5%	4,4%	0,7%	0
Luxemburg	21,0%	1,9%	15,5%	2,5%	1,1%	0
Niemcy	12,0%	0,8%	8,4%	1,4%	1,2%	0,1%
Norwegia	29,0%	21,2%	3,5%	4,4%	0	0
Nowa Zelandia	15,0%	11,3%	1,2%	1,7%	0,8%	0,2%
OECD27	12,0%	4,2%	4,4%	2,4%	0,7%	0,2%
Polska	6,0%	0,4%	3,9%	1,4%	0,1%	0,2%
Portugalia	2,0%	1,3%	0,0%	0,6%	0,1%	0
Słowacja	0	0	0	0	0	0
Słowenia	9,0%	0,2%	6,4%	1,1%	1,3%	0,1%
Stany Zjednoczone	6,0%	0,4%	2,6%	0,7%	2,1%	0,2%
Szwajcaria	20,0%	3,8%	9,2%	5,2%	1,8%	0
Szwecja	8,0%	6,6%	0	1,4%	0	0,1%
Węgry	4,0%	0,3%	2,2%	1,1%	0,1%	0,2%

W ostatnich latach, starzenie się społeczeństwa przyciąga uwagę badaczy i polityków we wszystkich krajach europejskich. Tworzone działania polityczne kierowane są w kierunku zapewnienia optymalnej opieki długoterminowej dla osób w podeszłym wieku, przy zachowaniu racjonalnego wydawania środków. Pomimo ogólnych problemów, system polski jest nadal w tyle w zakresie organizacji i świadczenia opieki długoterminowej w stosunku do innych krajów europejskich [33].

System opieki długoterminowej jest bardzo zróżnicowany w krajach europejskich. Jego konstrukcja charakteryzuje się różnymi rozwiązaniami w zakresie świadczenia opieki/organizacji i finansowania tych świadczeń. Informacje o opiece długoterminowej są trudno dostępne i ograniczone. Badanie

przeprowadzone przez Kraus i in. (2010) stanowi kompleksową typologię systemów opieki długoterminowej dla państw członkowskich UE.

Zgodnie ze wspomnianym badaniem, wyróżnia się cztery klastry opieki. Klaster 1 składa się głównie z krajów kontynentalnych (Belgia, Niemcy, Czechy i Słowacja). Ich systemy opieki długoterminowej ukierunkowane są na nieformalną opiekę. Charakteryzują się one niskimi wydatkami na formalne świadczenia, niskim finansowaniem prywatnym i skromnymi świadczeniami pieniężnymi. Klaster 2 obejmuje kraje skandynawskie głównie (Danię, Szwecję) i Holandię. Ich systemy opieki długoterminowej można zdefiniować jako obfite, dostępne i sformalizowane. W tych krajach sektor publiczny odgrywa znacznie większą rolę. Charakteryzują się one wysoką rolą świadczeń formalnych, niskim udziałem świadczeń nieformalnych i stosunkowo niewielką rolą świadczeń pieniężnych. Wydatki publiczne są wysokie, wsparcie nieformalnej opieki jest również wysokie, a wydatkowanie prywatne jest niskie. Trzeci klaster, który jest nieco pośredni pomiędzy dwoma poprzednimi grupami, składa się z krajów Europy Zachodniej (Austria, Francja, Hiszpania), Anglia i Finlandia. Ich system opieki długoterminowej są ukierunkowane na opiekę nieformalną z wysokim poziomem wsparcia. Wydatki publiczne na poziomie formalnym są średnie, a świadczenia pieniężne oraz finansowanie prywatne jest wysokie. Ostatnia grupa krajów, które obejmuje Polskę i Włochy, charakteryzuje się niskim poziomem wydatków publicznych na formalną opiekę długoterminową, niskim wsparciu opiekunów nieformalnych, średnimi świadczeniami pieniężnymi i wysokim poziomem finansowania prywatnego. W tych krajach, opieka nieformalna wydaje się być koniecznością.

Biorąc pod uwagę różnice w organizacji systemów opieki długoterminowej wśród analizowanych krajów, pojawia się pytanie o możliwość korzystania z tego rodzaju opieki. W badaniu przeprowadzonym przez Sowę i Styczyńska (2010), starano się zidentyfikować możliwe indywidualne cechy, które wpływają na prawdopodobieństwo otrzymania formalnej opieki długoterminowej w wybranych krajach europejskich. Analiza wskazuje na znaczne różnice w prawdopodobieństwie uzyskania świadczeń w zależności od indywidualnych cech osób. Uzyskanie świadczeń zależy głównie od wieku i stanu zdrowia danej osoby. "Młodszy starsi" mają mniejsze szanse na uzyskanie formalnej opieki długoterminowej w krajach o słabszej organizacji (jak we Włoszech czy w Polsce). Ta grupa ma większe szanse na uzyskanie świadczeń w krajach o sformalizowanych systemach opieki długoterminowej, takich jak Holandia i Niemcy. Płeć jest statystycznie nieistotna w krajach o dobrze rozwiniętych systemach. Płeć odgrywa ważną rolę w uzyskaniu formalnej opieki długoterminowej jedynie w krajach o niższym dostępie do opieki. Kobiety mają tendencję do przeżywania partnerów, a więc jest bardziej prawdopodobne, że częściej skorzystają z tego rodzaju świadczeń.

Starsi ludzie mają mniejsze szanse do uzyskania formalnej opieki, gdy żyją z kimś w tym samym gospodarstwie domowym, w krajach, w których sektor publiczny nie ma prawnego obowiązku zapewnienia opieki, gdy partner osoby jest dostępny w potrzebie (tak jak w Holandii). Życie z partnerem zmniejsza szanse otrzymania formalnej opieki, natomiast mieszkanie z dzieckiem jest statystycznie nieistotne w krajach kontynentalnych, takich jak Niemcy, gdzie rodzina jest identyfikowana jako podstawowa opieka medyczna. W krajach, w których rodzina ma prawny obowiązek wspierania swoich krewnych, jak Włochy czy Polska, zmienne te są nieistotne statystycznie. Uwarunkowania finansowe formalnego udzielania świadczeń są nieistotne statystycznie we wszystkich krajach, z uwagi na fakt, że uzyskanie świadczeń zależy przede wszystkim od stopnia uzależnienia danej osoby od dochodów rodziny.

Podsumowując, cechy osobiste, które są statystycznie istotne i które wpływają na prawdopodobieństwo uzyskania formalnej opieki długoterminowej związane są głównie z przepisami prawa obowiązującymi w krajach o relatywnie lepiej rozwiniętych systemach. W krajach o mniej zaawansowanych systemach, zapewnienie formalnej opieki ogranicza się głównie do osób starszych, które najbardziej potrzebują (czyli starszy z większą liczbą problemów zdrowotnych).

Polska znajduje się w dole w zakresie organizacji świadczeń opieki długoterminowej w porównaniu do innych krajów europejskich. Istnieje kilka przyczyn tego zjawiska. Najważniejszą przeszkodą skutecznego i efektywnego świadczenia opieki długoterminowej jest brak integracji usług opiekuńczych, które są dostarczane niezależnie w dwóch sektorach: ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W sektorze opieki zdrowotnej, usługi opieki długoterminowej są dostępne głównie na podstawie świadczeń w placówkach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), pielęgniarstwa (ZPO) i w domach opieki hospicyjnej. W ciągu ostatnich kilku lat wzrosła dostępność do świadczeń opieki domowej. Aby stać się beneficjentem tych usług należy spełnić określone warunki zdrowotne, które są mierzone poziomem sprawności, obejmującym dziesięć podstawowych codziennych czynności (jak karmienia, kąpiele, mobilności). Kryteria kwalifikacji do skorzystania z usług w sektorze społecznym natomiast opierają się o warunki życia, takie jak ubóstwo, ograniczoną funkcjonalność jednostki, oraz brak

wsparcia rodzinnego. Opieka domowa jest świadczona przez pielęgniarki środowiskowe i opiekunów społecznych.

Począwszy od 2005 roku w Polsce wprowadzono dopłaty do możliwości skorzystania z DPS. To nieco zmniejszyło kolejki do DPS i znacznie ograniczyło dostęp do usług. Od 2008 roku, jest wymagany stosunkowo wysoki poziom niesprawności w celu uzyskania dostępu do usług opieki długoterminowej. Ponadto, opieka domowa rozwija się z ogromnymi trudnościami. Pielęgniarki środowiskowe i rodzinne muszą dbać o zbyt wielu pacjentów, w tym nie tylko osoby starsze, ale także młodsze osoby z istotnymi problemami zdrowotnymi i osoby niepełnosprawne. W tym samym czasie, podejmowano wysiłki w celu zwiększenia dostępu i jakości analizowanego zakresu świadczeń. Organizowane były dodatkowe kursy, które miały na celu kształcenie opiekunów w nowych specjalnościach.

Mimo tych rozwiązań, polski system opieki długoterminowej jest nadal postrzegany jako zamknięty i trudno dostępny. Poprawa udzielania świadczeń w Polsce wymaga kilku podstawowych decyzji politycznych i zwiększenia wydatków na szczeblu rządowym, lokalnym i instytucjonalnym. W celu zapewnienia sprawiedliwego i rozszerzonego dostępu do świadczeń, kryteria kwalifikacji powinny być zweryfikowane i ujednolicone pomiędzy sektorami. Ponadto, opieka domowa powinna zostać znacznie poszerzona. Te początkowe zmiany zapewnią lepsze warunki życia osób starszych w potrzebie [33].

Odnaleziono również zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące finansowania opieki długoterminowej. Mechanizmy finansowania są zróżnicowane pomiędzy krajami – najbiedniejsze kraje nie mają praktycznie żadnych środków na zwiększenie finansowania świadczeń z analizowanego zakresu i tylko ograniczony dostęp do mechanizmów takich jak wsparcie organizacji pozarządowych lub instytucji międzynarodowych. W tych krajach, długoterminowa opieka domowa jest realizowana przez nieformalnych opiekunów, w oparciu o płatność w naturze lub na podstawie umowy zamiennej [5].

We wspomnianym raporcie zidentyfikowano podejścia do finansowania opieki długoterminowej domowej:

- finansowanie na podstawie podatków (z budżetu),
- finansowanie na podstawie ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczeń zdrowotnych,
- finansowanie na podstawie opłat użytkowników, które mogą być dobrowolne (wypłacane w gotówce lub w naturze) lub z upoważnienia rządowego,
- finansowanie na podstawie ubezpieczeń prywatnych (prywatny sektor częściowo finansuje usługi opieki długoterminowej),
- wykorzystanie nieodpłatnego personelu.

Finansowanie opieki długoterminowej może być objęte ogólnym ubezpieczeniem zdrowotnym albo programem ubezpieczeniowym, który uwzględnia specjalne świadczenia opieki długoterminowej. Kraje, a nawet poszczególne społeczności, mogą korzystać z różnych kombinacji finansowania dla różnych rodzajów świadczeń opieki długoterminowej. Mogą również korzystać z mechanizmów finansowania opieki zdrowotnej, które różnią się od tych stosowanych w innych sektorach, np. opieki społecznej i edukacji.

Mechanizmy przedstawione powyżej są związane z charakterem korzystania z usług, które zazwyczaj należą do jednej z trzech kategorii:

- usługi kwalifikacji pacjentów podlegają ograniczeniu budżetowym (jak w przypadku finansowania z podatków ogólnych),
- kwalifikacja pacjentów nie podlega ograniczeniom budżetowym (ubezpieczenie społeczne),
- kwalifikacja pacjentów nie podlega ograniczeniu budżetowym, ale dostęp do usług jest regulowany przez listy oczekujących (jak w przypadku wielu form ubezpieczenia zdrowotnego).

Podejścia wymienione w punkcie powyżej są dodatkowo powiązane z kryteriami kwalifikacji do opieki długoterminowej, które można podzielić na trzy rodzaje:

- niepełnosprawność, możliwość korzystania z usług oparta jest wyłącznie na oszacowanych potrzebach, zazwyczaj wyrażanych w kategoriach czynności życia codziennego (ADL);
- niepełnosprawność plus dochód, gdy zakres możliwości korzystania z usług ocenia się na podstawie potrzeb i posiadanych środków;
- niepełnosprawność plus dochód oraz wsparcie rodziny, gdy zakres możliwości korzystania z usług ocenia się na podstawie potrzeb, posiadanych środków i wsparcia rodziny.

Ponadto, kryteria kwalifikacji umożliwiające korzystanie ze świadczeń mogą mieć charakter zarówno rygorystyczny jak i indywidualny. Programy sfinansowane przez ogólne fundusze albo ubezpieczenie

zdrowotne przejawiają tendencję do włączenia dochodu i wsparcia rodzinnego w kryteria kwalifikacji. Programy finansowane przez ubezpieczenia społeczne, zazwyczaj uprawniają do korzystania ze świadczeń wyłącznie na podstawie niepełnosprawności, i tutaj stosowane są kryteria rygorystyczne. W większości krajów, finansowanie odbywa się na podstawie podatków ogólnych, choć tworzone są istotne inicjatywy legislacyjne, zapewniające opiekę domową, która ma być pokryta funduszami z ubezpieczeń społecznych. Środki te wydają się być przeznaczone dla konkretnych grup docelowych, i skupiają się na niepełnosprawności jako głównym (choć niekoniecznie jedynym) kryterium kwalifikacji. Mają również ściśle określone kryteria w zakresie kwalifikacji pacjentów do świadczeń.

2. Metodyka

2.1. Pozyskanie danych

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, AOTMiT przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podstawą prawną dla przeprowadzonego postępowania jest art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.). Zgodnie z ust. 4 „(...) Agencja zawiera umowy na podstawie określonego przez Agencję postępowania zapewniającego poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania podmiotów oraz zawarcia umowy z podmiotem spełniającym obiektywne, proporcjonalne i niedyskryminacyjne warunki określone w tym postępowaniu”. Postępowanie prowadzone było w sposób zapewniający poszanowanie zasady przejrzystości i równego traktowania świadczeniodawców. Zasady postępowania Agencji zostały określone w Zarządzeniu 51/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 maja 2015 r. w sprawie postępowania dotyczącego wyłaniania przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane są umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalania taryfy świadczeń oraz postępowania z tymi umowami.

Postępowanie przebiegało w następujących etapach:

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

Informacja o ogłoszeniu postępowania została wysłana na adresy mailowe podmiotów realizujących ten zakres świadczeń (1556 świadczeniodawców, których listę wraz z danymi teleadresowymi otrzymała AOTMiT z NFZ) oraz ukazała się na stronie internetowej AOTMiT. Ponadto informację o ogłoszeniu postępowania przesłano do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia celem zamieszczenia stosownych informacji na stronach internetowych instytucji oraz z prośbą o przekazanie komunikatu za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI). Prośbę o przekazanie informacji o ogłoszeniu Postępowania wystosowano również do Wojewodów i Marszałków Województw oraz do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Podstawą wyboru świadczeniodawców była Ankieta mająca na celu zebranie informacji o stopniu szczegółowości prowadzenia ewidencji kosztów, a także szczegółowości danych, jakie może przekazać świadczeniodawca, o ich zakresie i liczbie.

W odpowiedzi na ogłoszenie, które ukazało się 8 września 2015 r., do dnia 17 września 2015 r. wpłynęło 39 ankiet od Podmiotów realizujących ten zakres świadczeń oraz 2 dwie po terminie (ankiety te odrzucono).

W trakcie prowadzonego Postępowania nie udało się zawrzeć umowy z co najmniej 10% ogółu świadczeniodawców realizujących dany zakres Świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Udało się natomiast zapewnić reprezentację 10% liczby Świadczeń zrealizowanych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w poprzednim roku kalendarzowym co spełnia wymogi nałożone Zarządzeniem 51. Ze względu na ograniczenie czasowe odstąpiono od ponownego zaproszenia świadczeniodawców i nie przedłużono terminu Postępowania.

W trakcie prowadzonego Postępowania Agencja ściśle współpracowała ze Świadczeniodawcami. Przeprowadzono szkolenie, współpracowano ze świadczeniodawcami przy tworzeniu plików do przekazywania danych medyczno-kosztowych. Pracownicy Agencji odbyli wizyty u wybranych świadczeniodawców zapoznając się ze specyfiką świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, konsultując zakres zbieranych danych pod kątem możliwości placówek.

Tabela 21. Statystyka prowadzonego postępowania

Liczba świadczeniodawców, do których wysłano informację o ogłoszeniu Postępowania	1556*
-----------------------------------------------------------------------------------	-------

Liczba odesłanych ankiet	41
Liczba odrzuconych ankiet	2
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy przed podpisaniem umowy	9
Liczba świadczeniodawców, którzy podpisali umowę (odpłatną, nieodpłatną)	30 (22, 8)
Liczba świadczeniodawców, którzy zrezygnowali ze współpracy po podpisaniu umowy (odpłatna, nieodpłatna)	2 (1, 1)
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane (umowa odpłatna, nieodpłatna)	28 (21, 7)

*zgodnie z bazą teleadresową przekazaną przez NFZ

Świadczeniodawcy w tym Postępowaniu przekazywali Dane w 3 plikach: FK, OG, PC.

Plik FK zawierał informacje dotyczące zapisów w systemie finansowo-księgowym oraz inne informacje niefinansowe, w tym kadrowo-płacowe dla wszystkich ośrodków powstawania kosztów (OPK), w których realizowane były świadczenia. W przypadku każdego z ośrodków powstawania kosztów raportowano koszty bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Plik OG zawierał informacje ogólne pozwalające dokładnie scharakteryzować świadczenie opieki zdrowotnej. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej został zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Plik PC zawierał informacje pozwalające dokładnie określić czynności, jakie wykonano na rzecz pacjenta. Dla każdej czynności zrealizowanej na rzecz pacjenta znajdującego się w stanie określonym daną sumą punktów zgodnie ze skalą Barthel miał zostać zawarty w pliku jeden wiersz opisujący to świadczenie.

Podsumowując: w trakcie prac nad ustaleniem taryfy świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej AOTMiT przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów innych niż podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, z którymi zawierane były umowy o pozyskanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. W wyniku przeprowadzonego Postępowania AOTMiT zawarła umowy na przekazywanie Danych niezbędnych do ustalenia taryfy z 30 świadczeniodawcami (22 umowy odpłatne i 8 umów nieodpłatnych), przy czym 28 świadczeniodawców przekazało dane wynikające z zawartych umów.

Szczegółowy wykaz zawartych umów zawiera Załącznik Nr 1.

W celu ustalenia referencyjnego przebiegu każdego świadczenia wraz z referencyjnym zaangażowaniem zasobów, zwrócono się do ekspertów klinicznych, w tym do Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, która wskazała osoby, posiadające najwyższe kompetencje w podlegającym wycenie obszarze. Jednocześnie Pani konsultant zgodziła się także uczestniczyć w procesie opracowywania przebiegów referencyjnych dla poszczególnych świadczeń. Ostatecznie grupa robocza ekspertów składała się z następujących osób:

- dr n. o zdrowiu Marioli Rybki;
- [REDACTED];
- dr n. o zdrowiu Bożena Majchrowicz;
- mgr piel. Renaty Zajkowskiej;

W trakcie prac ustalono następujące zasady odnoszące się do przebiegów referencyjnych świadczeń:

- Przebiegi referencyjne zostały opracowane dla świadczenia jakim jest pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, bez różnicowania go ze względu na miejsce udzielania świadczenia (pacjenci pod jednym lub pod różnymi adresami zamieszkania).
- Przebieg referencyjny został opracowany przy założeniu, że średnia liczba wizyt u każdego pacjenta wynosi 4.
- Przebiegi referencyjne ustalono dla pacjentów podzielonych na kategorie ze względu na stan ciężkości (w oparciu o skalę Barthel):

Tabela 22. Kategorie opieki nad pacjentami w oparciu o stan ciężkości według skali Barthel

Kategoria opieki	Odsetek pacjentów w danej kategorii opieki
I kategoria opieki (30-40 punktów w skali Barthel)	20%
II kategoria opieki (15-25 punktów w skali Barthel)	40%
III kategoria opieki (0-10 punktów w skali Barthel)	40%

- Przyjęto następujące odsetki pacjentów i średnie czasy dojazdu do nich w następujących odległościach:

Tabela 23. Odległości i średnie czasy dojazdu

Odległość	do 5 km	do 15 km	Do 30 km
Odsetek pacjentów (%)	40	50	10
Czas dojazdu w obie strony (min)	15	25	40

- Ostatecznie taryfa (wariant 1) została wyliczona dla obu produktów na podstawie średniego czasu opieki pielęgniarskiej nad jednym pacjentem (średnia ważona z zastosowaniem wag dotyczących odsetka pacjentów z danej kategorii opieki i średniego czasu dojazdu do jednego pacjenta). W tabelach 4 i 5 przedstawiono wyliczenie średniej odległości i średniego czasu dojazdu oraz średniego czasu opieki nad jednym pacjentem w trakcie jednej wizyty.

Tabela 24. Średnia odległość i średni czas dojazdu do pacjenta

Dojazdy	Odsetek pacjentów	Czas dojazdu w min.
do 5 km	40%	15
do 15 km	50%	25
do 30 km	10%	40
Średnia ważona	12,5 km	-
		22,5

Zgodnie z art. 93 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654): „Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym (...), nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym”. W związku z tym, według opinii ekspertów, ustalony przebieg referencyjny pozwoli na jednoczesowe objęcie pielęgniarską opieką długoterminową domową maksymalnie 6 pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, albo 4 pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania.

Z uwagi na duży poziom złożoności określonych przez ekspertów danych dotyczących wyposażenia neseseru pielęgniarskiego oraz częstości zużycia jego poszczególnych elementów, który wymagałby nakładu pracy niewspółmiernego do udziału kosztów neseseru w całkowitym koszcie świadczenia, do ustalenia taryfy przyjęto wartość wskazaną przez świadczeniodawców w plikach finansowo-księgowych.

Zestawienie pozyskanych przebiegów referencyjnych zawiera Załącznik 2.

Tabela 25. Przebieg referencyjny opracowany przez zespół ekspertów

LP	NAZWA/ RODZAJ PROCEDURY/ CZYNNOŚCI	I KATEGORIA OPIEKI (20%)					II Kategoria Opieki (40%)					III Kategoria opieki (40%)				
		Czas na wykonanie procedury (min)	Cykliczność wykonania	Czas w przeliczeniu na 1 wizytę (min)	Odsetek pacjentów (%)	Czas na jedną wizytę -zważony (min)	Czas na wykonanie procedury (min)	Cykliczność wykonania	Czas w przeliczeniu na 1 wizytę (min)	Odsetek pacjentów (%)	Czas na jedną wizytę -zważony (min)	Czas na wykonanie procedury (min)	Cykliczność wykonania	Czas w przeliczeniu na 1 wizytę (min)	Odsetek pacjentów (%)	Czas na jedną wizytę -zważony (min)
1	Wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową obejmuje: - przeprowadzenie wywiadu środowiskowo-rodzinnego, ocena podstawowych parametrów życiowych (tętno, temperatura, RR) - przeprowadzenie badania fizykalnego, - ustalenie problemów pielęgnacyjnych, - identyfikacja zagrożeń i problemów zdrowotnych w kontekście potrzeb zdrowotnych pacjenta - ustalenie indywidualnego planu opieki	35	1x rok	0,0052	100%	0,1822917	35	1x rok	0,0052	100%	0,1822917	35	1x rok	0,0052	100%	0,1822917
2	Comiesięczna kwalifikacja pacjenta do opieki długoterminowej: - ocena wg skali Barthel - ewentualna modyfikacja planu opieki	7	1 x msc	0,0625	100%	0,4375	7	1 x msc	0,0625	100%	0,4375	7	1 x msc	0,0625	100%	0,4375
3	Prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny; obejmuje: edukację pacjenta i/lub jego rodziny poprzez czynne poradnictwo oraz (w zależności od potrzeb) piśmienne materiały informacyjno-edukacyjne przekazywane w trakcie realizacji świadczenia	10	1 x wizyta	1,0000	100%	10	10	1 x wizyta	1,0000	100%	10	10	1 x wizyta	1,0000	100%	10
4	Wykonanie u pacjenta leżącego w łóżku toalety całego ciała lub asystowanie i pomoc podczas kąpieli oraz zabiegów z zakresu profilaktyki p/odparzeniowej i p/odleżynowej (obejmuje: czynności przygotowawcze, mycie ciała lub toaletę p/odparzeniową i p/odleżynową, zmianę bielizny, zmianę pieluchomajtek)	35	1 x tydz	0,2500	100%	8,75	35	1 x tydz	0,2500	100%	8,75	35	1 x tydz	0,2500	100%	8,75

5	Wykonanie u pacjenta częściowej toalety ciała , lub pomoc i asystowanie podczas kąpieli oraz wykonanie zabiegów z zakresu profilaktyki p/oparzeniowej i p/odleżynowej (obejmuje: czynności przygotowawcze, podmycie, toaletę p/oparzeniową i p/odleżynową, częściową zmianę bielizny, zmianę pieluchmajtek)	15	1 x wizyta	1,0000	100%	15	15	1 x wizyta	1,0000	100%	15	15	1 x wizyta	1,0000	100%	15
6	Karmienie pacjenta lub pomoc przy spożywaniu posiłku (obejmuje również ustalenie diety, poradnictwo w zakresie żywienia)	10	1 x wizyta	1,0000	99%	9,9	15	1xwizyta	1,0000	96%	14,4	20	1xwizyta	1,0000	95%	19
7	Karmienie przez zgłębnik lub przetokę wg obowiązujących standardów żywieniowych (obejmuje pielęgnację założonego zgłębnika)	20	1 x wizyta	1,0000	1%	0,2	20	1xwizyta	1,0000	4%	0,8	20	1xwizyta	1,0000	5%	1
8	Założenie i usunięcie zgłębnika do żołądka	8	1 x tydz	0,2500	1%	0,02	8	1 x tydz	0,2500	4%	0,08	8	1 x tydz	0,2500	5%	0,1
9	Opatrywanie odleżyn u pacjenta w skali Terrence'a 1-2 stopień	5	1 x wizyta	1,0000	10%	0,5	5	1xwizyta	1,0000	5%	0,25	5	1xwizyta	1,0000	5%	0,25
10	Opatrywanie odleżyn u pacjenta w skali Terrence'a 3-4 stopień	15	1 x wizyta	1,0000	0	0	15	1xwizyta	1,0000	3%	0,45	15	1xwizyta	1,0000	7%	1,05
11	Wykonanie kompresów i okładów (dotyczy całego ciała)	6	20 x rok	0,1042	1%	0,00625	6	20 x rok	0,1042	1%	0,00625	6	20 x rok	0,1042	1%	0,00625
12	Pielęgnacja przetok (kolostomii, ileostomii, urostomii) zgodnie z procedurą/standardem; obejmuje: edukację pacjenta oraz rodziny/opiekunów	10	1 x wizyta	1,0000	1%	0,1	10	1xwizyta	1,0000	6%	0,6	10	1xwizyta	1,0000	7%	0,7
13	Opatrywanie powikłanej stopy cukrzycowej lub innych trudno gojących się ran	15	1 x wizyta	1,0000	10%	1,5	15	1xwizyta	1,0000	15%	2,25	15	1xwizyta	1,0000	5%	0,75
14	Mechaniczne odbarczanie wydzieliny z górnych dróg oddechowych i/lub pielęgnacja rurki tracheostomijnej; obejmuje: edukację rodziny/opiekunów	0	0	0,0000	0	0	0	0	0	0	0	3	1xwizyta	1,0000	1%	0,03
15	Założenie lub wymiana cewnika do pęcherza moczowego	5	2 x msc	0,1250	3%	0,01875	5	2 x msc	0,1250	7%	0,04375	5	2 x msc	0,1250	20%	0,125
16	Wykonanie zabiegów doodbytniczych (lewatywa oczyszczająca lub wlewka doodbytnicza; obejmuje: czynności przygotowawcze oraz toaletę krocza, edukację pacjenta i rodziny w zapobieganiu zaparciom)	3	1 x tydz.	0,2500	20%	0,15	3	1 x tydz.	0,2500	20%	0,15	3	1 x tydz.	0,2500	30%	0,225

17	Nadzór i/lub podawanie leków różnymi drogami (doustna, doodbytnicza, do oka, do nosa, do ucha, wziewnie)	3	1 x wizyta	1,0000	100%	3	3	1xwizyta	1,0000	100%	3	3	1 x tydz.	1,0000	100%	3
18	Podawanie leków w postaci iniekcji śródskórnych, podskórnych i domięśniowych, edukacja pacjenta i rodziny/opiekuna	5	1 x msc	0,0625	20%	0,0625	5	1 x msc	0,0625	20%	0,0625	5	1 x msc	0,0625	20%	0,0625
19	Podawanie insuliny (w trakcie wykonywania czynności wykonanie edukacji pacjenta, rodziny lub opiekunów)	3	1 x wizyta	1,0000	1%	0,03	3	1 x wizyta	1,0000	3%	0,09	3	1 x wizyta	1,0000	4%	0,12
20	Płukanie ucha	8	2 x rok	0,0104	1%	0,0008333	8	2x roku	0,0104	1%	0,0008333	8	2x roku	0,0104	1%	0,0008333
21	Podawanie leków w postaci iniekcji dożylnych (obejmuje czynności przygotowawcze, kontrolny pomiar tętna i RR, sprzęt jednorazowego użytku i materiały medyczne niezbędne do wykonania zlecenia wg standardu)	15	7 x rok (1 raz w roku przez 7 dni)	0,0365	5%	0,0273438	15	7 x rok (1 raz w roku przez 7 dni)	0,0365	5%	0,0273438	15	7 x rok (1 raz w roku przez 7 dni)	0,0365	5%	0,0273438
22	Przetaczanie kroplowych wlewów dożylnych, podskórnych (obejmuje: założenie, usunięcie wenflonu oraz pielęgnację wkłucia)	60	7 x rok (1 raz w roku przez 7 dni)	0,0365	2%	0,04375	60	7 x rok (1 raz w roku przez 7 dni)	0,0365	5%	0,109375	60	7 x rok (1 raz w roku przez 7 dni)	0,0365	8%	0,175
23	Prowadzenie usprawniania ruchowego pacjenta (obejmuje: ćwiczenia bierno, czynne, bierno-czynne, naukę siadania, pionizację, naukę chodzenia oraz naukę chodzenia przy pomocy sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego)	15	1 x wizyta	1,0000	100%	15	15	1xwizyta	1,0000	100%	15	10	1xwizyta	1,0000	100%	10
24	Prowadzenie gimnastyki oddechowej (obejmuje: trening oddechu i oklepywanie)	5	1 x wizyta	1,0000	100%	5	5	1xwizyta	1,0000	100%	5	5	1xwizyta	1,0000	100%	5
25	Nauka i trening samoobsługi i pielęgnacji	10	1 x wizyta	1,0000	80%	8	7	1xwizyta	1,0000	100%	7	0	0	0%	0%	0
26	Zastosowanie drenażu ułożeniowego wg standardu	15	4 x rok (1 x rok co każdą wizytę)	0,0208	3%	0,009375	15	4 x rok (1 x rok co każdą wizytę)	0,0208	8%	0,025	15	4 x rok (1 x rok co każdą wizytę)	0,0208	3%	0,009375
27	Wykonanie inhalacji	7	1 x msc	0,0625	9%	0,039375	7	1 x msc	0,0625	10%	0,04375	7	1 x msc	0,0625	3%	0,013125
28	Pomiar podstawowych parametrów życiowych (ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, temperatury)	5	1 x wizyta	1,0000	100%	5	5	1xwizyta	1,0000	100%	5	5	1xwizyta	1,0000	100%	5
29	Obserwacja występowania i pomiar obręzków/ kontrola diurezy	3	1 x tydz.	0,2500	100%	0,75	3	1 x tydz.	0,2500	100%	0,75	3	1 x tydz.	0,2500	100%	0,75
30	Monitorowanie i ocena bilansu wodnego	4	1 x msc	0,0625	6%	0,015	4	1 x msc	0,0625	8%	0,02	4	1 x msc	0,0625	10%	0,025

31	Wykonanie pomiaru glikemii przy użyciu glukometra	3	1 x wizyta	1,0000	10%	0,3	3	1 x wizyta	1,0000	20%	0,6	3	1 x tydz.	0,2500	20%	0,15
32	Współpraca z lekarzem i innymi członkami zespołu terapeutycznego	10	1 x msc	0,0625	100%	0,625	10	1 x msc	0,0625	100%	0,625	10	1 x msx	0,0625	100%	0,625
33	Zdejmowanie szwów (obejmuje przygotowanie i założenie opatrunku)	5	1 x rok	0,0052	1%	0,0002604	5	1 x rok	0,0052	1%	0,0002604	5	1 x rok	0,0052	1%	0,0002604
35	Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej (papierowa i elektroniczna)	10	1 x wizyta	1,0000	100%	10	10	1xwizyta	1,0000	100%	10	10	1xwizyta	1,0000	100%	10
36	Inne (sytuacje niezaplanowane, np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa, toaleta pośmiertna)	20	1 x rok	0,0052	1%	0,0010417	20	1 x rok	0,0052	1%	0,0010417	20	1 x rok	0,0052	1%	0,0010417
Średnia ważona 96,261021						94,669271					100,7549					92,565521

2.2. Weryfikacja danych

Dane przekazane przez świadczeniodawców poddane zostały weryfikacji w następujących etapach:

- weryfikacja wstępna – weryfikowana była obecność wszystkich wymaganych plików oraz zgodność struktury pliku z wymaganym formatem;
- weryfikacja techniczna – weryfikowana była zawartość pliku pod względem technicznym tj. spełniania wymagań zawartych w Zarządzeniu Nr 64/2015 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 26 września 2015 r. w sprawie zasad przekazywania przez świadczeniodawców danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. W ramach tej weryfikacji sprawdzano:
 - weryfikację formatu daty,
 - weryfikację formatu czasu,
 - weryfikację obecności niedozwolonych znaków,
 - weryfikację liczby znaków w wypełnionych kolumnach długości pól (np. PESEL, kod świadczeniodawcy, kod zakresu, kod czynności),
 - weryfikację poprawności kodu zakresu i kodu produktu, czy są zgodne ze słownikiem NFZ
 - weryfikację przydatności przesłanych danych (zmiana wymagalności poszczególnych kolumn w poszczególnych plikach);
 - weryfikację wpisów „BRAK” w wybranych kolumnach;
 - weryfikację dotyczącą przypadków wykazywania czynności pielęgniarskich w pliku PC poza datami wykazanymi w pliku OG i na odwrót.
 - wyjaśnienia dotyczące liczby przesłanych rekordów w plikach OG.

Dodatkowo, bezpośrednio ze świadczeniodawcami, wyjaśniane były wątpliwości wynikające z analizy tabel dotyczących ponoszonych kosztów pozamedycznych i kadrowych, wymiaru zatrudnienia czy sposobu przedstawienia kategorii kosztów, a także z analizy danych dotyczących rodzaju oraz liczby wykazanych czynności pielęgniarskich.

Z uwagi na brak obowiązującego standardu rachunku kosztów, otrzymane od świadczeniodawców dane różniły się między sobą pod względem:

- sposobu gromadzenia informacji w systemie finansowo-księgowym (różny poziom szczegółowości); dodatkowo wielu świadczeniodawców nie prowadzi pełnej księgowości a rozliczenia finansowe dokonuje na podstawie podatkowej książki przychodów i rozchodów,
- przyjętego klucza podziałowego do rozliczania kosztów pośrednich ośrodków kosztów

Pliki, które nie przeszły pozytywnie weryfikacji technicznej, były odsyłane do świadczeniodawcy w celu dokonania korekty.

2.3. Ustalenie Taryfy

W niniejszych obliczeniach zastosowano krótką ścieżkę postępowania. Ma to miejsce w przypadku zleceń Ministra Zdrowia odnośnie ustalenia taryfy na podstawie punktu planu taryfikacji dotyczącego Innych zadań w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotnych dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach których określony zostanie ograniczony, krótki czas realizacji, np. kilkutygodniowy lub kilkudniowy.

Zgodnie z opracowaną i przyjętą przez Agencję metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku konieczności ustalenia taryf w krótkim czasie, kolejne etapy procesu ustalania taryfy świadczenia opieki zdrowotnej obejmowały:

1. Ustalenie referencyjnego kosztu świadczenia:
 - a. ustalenie (na bazie wiedzy eksperckiej) referencyjnego przebiegu świadczenia opieki zdrowotnej, tj. określenie wzorcowego zestawu elementów świadczenia opieki zdrowotnej oraz zaangażowania najważniejszych zasobów w każdy element tego świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b. ustalenie kosztów jednostkowych zasobów ekonomicznych,
 - c. nałożenie kosztów jednostkowych zasobów ekonomicznych na referencyjny przebieg świadczenia opieki zdrowotnej,
2. Powiększenie referencyjnego kosztu świadczenia o mnożnik zmian wielkości kosztu świadczenia,
3. Przeliczenie wartości pieniężnej uzyskanego kosztu świadczenia na taryfę punktową.

W celu ustalenia referencyjnego kosztu świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do każdego z nich wyodrębniono następujące elementy:

- baza – podstawowy koszt osobodnia; koszt ten uwzględnia zaangażowanie zasobów, jakie są wykorzystywane w momencie, kiedy pacjent znajduje się pod opieką pielęgniarską. W przypadku każdego świadczenia koszt bazowy podzielono na składowe takie jak: zaangażowanie pielęgniarki, infrastruktura oraz transport.
- mnożnik

Dla każdego ze świadczeń dokonano alternatywnego wyliczenia taryfy w trzech wariantach:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez ekspertów klinicznych referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców.

Z uwagi na to, że główną składową taryfy dla świadczeń z zakresu długoterminowej pielęgniarskiej opieki domowej, stanowią wynagrodzenia personelu, przyjęto dodatkowe warianty wyliczenia taryfy:

- Wariant 1a – na podstawie określonego przez ekspertów klinicznych referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców, natomiast dane dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek przyjęte zostały w wysokości analogicznej do świadczeń udzielanych w hospicjum domowym, z uwagi na podobieństwo realizowanych czynności i zakresu opieki nad pacjentem.
- Wariant 1b – na podstawie określonego przez ekspertów klinicznych referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców, przy czym stawki średniego wynagrodzenia na godzinę czasu pracy pielęgniarki obliczone zostały na podstawie danych pochodzących z badania ankietowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia, na temat poziomu średnich miesięcznych wynagrodzeń uzyskanych w marcu w latach 2012-2014 przez poszczególne medyczne grupy zawodowe

2.3.1. Koszt bazowy

Pierwszym etapem postępowania była weryfikacja plików FK w zakresie danych finansowo-księgowych. Pliki FK przekazane przez każdego świadczeniodawcę, z którym Agencja zawarła umowę, obejmowały dane za 2 okresy lat: 2013 i 2014 r. W plikach tych świadczeniodawca przedstawiał informacje kosztowe w rozbiciu na poszczególne ośrodki powstawania kosztów (OPK-i).

Koszty wykazane w tabeli FK Część Podstawowa weryfikowano w oparciu o załączoną analitykę kosztów do części szczegółowej. W zależności od kompletności danych finansowych, możliwe było potwierdzenie wysokości kosztów całkowitych, kosztów neseseru, kosztów amortyzacji, zarządu oraz wynagrodzeń wraz z pochodnymi. W praktyce poszczególne kategorie kosztów wymagały dokładniejszego zdefiniowania ich zakresów.

Wyliczenie kosztu bazowego świadczeń przebiegało w następujących etapach:

1. Średni koszt wynagrodzenia pielęgniarek

Średnie koszty wynagrodzenia pielęgniarek zostały obliczone na podstawie następującego wzoru:

$$K_{FK} = \bar{k}_H \cdot w_i$$

gdzie:

K_{FK} – średni koszt wynagrodzenia pielęgniarki

\bar{k}_H – średni koszt wynagrodzenia pielęgniarki na 1 godzinę

w_i – średni czas pracy pielęgniarki na osobodzień w produkcie rozliczeniowym i wyliczony na podstawie:

- danych rzeczywistych od świadczeniodawców - wariant 2
- danych sprawozdanych w plikach FK – wariant 3
- danych od eksperta - wariant 1

W celu oszacowania kosztu wynagrodzenia pielęgniarki na 1 godzinę (k_H) w obliczeniach uwzględniono koszty wynagrodzeń niezależnie od formy jej zatrudnienia, a więc koszty wynagrodzeń wynikające z umowy o pracę wraz z pochodnymi, koszty kontraktów czy innych umów cywilnoprawnych (o dzieło, zlecenie itd.) oraz pozostałe koszty związane z personelem takie jak odpisy na ZFŚS, składki na PFRON, BHP itp. Koszty wynagrodzeń zostały przedstawione przez świadczeniodawców w plikach FK odrębnie w każdym ośrodku powstawania kosztów. Koszty wynagrodzeń pielęgniarki na 1 godzinę pracy wyliczono przy założeniu, że etat wynosi średnio 160 godzin miesięcznie. Tak wyliczony koszt wynagrodzenia wykorzystano w wariantach 1, 2 oraz 3. W podwariantach wariantu 1a wykorzystano stawkę godzinową obliczoną dla pielęgniarek pracujących w hospicjum domowym, natomiast w 1b zastosowano stawkę wynagrodzenia wyliczoną na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia za marzec 2015r.

W wariantcie 1 taryfy średni czas pracy pielęgniarki uzyskano dla średniego czasu pracy pielęgniarki w wariantcie 1 wykorzystano dane z przebiegu referencyjnego opracowanego przez zespół ekspertów tj. średnią ważoną z zastosowaniem wag dotyczących odsetka pacjentów z danej kategorii opieki i średniego czasu dojazdu do jednego pacjenta (średnia ważona).

Średni czas pracy pielęgniarki przypadający na 1 osobodzień (w_i) obliczono wykorzystując czas trwania oraz liczbę wykonanych procedur przypadających na jednego pacjenta podanych w plikach OG i PC. Wynik uzyskano mnożąc czas trwania każdej procedury przez ilość jej wykonania na u jednego pacjenta podzielone przez liczbę osobodni. Tak wyliczony czas pracy został zastosowany do 2 wariantu taryfy.

Do wariantu 3 natomiast, średni czas pracy pielęgniarki przypadający na 1 osobodzień (w_i) obliczono dzieląc całkowitą ilość przepracowanych godzin w roku przez ilość osobodni w danym ośrodku powstawania kosztów.

Szczegółową analizę wynagrodzeń pielęgniarek przedstawiono w Załączniku nr 4

2. Średni koszt infrastruktury

W celu obliczenia kosztu infrastruktury na 1 osobodzień (k_i), koszty całkowite każdego ośrodka powstawania kosztów świadczeniodawców zostały skorygowane o koszty wynagrodzeń i koszty transportu. Dane te pochodzą z plików FK każdego świadczeniodawcy. Koszty całkowite rozumiane są jako całość kosztów ośrodka obejmująca zarówno koszty bezpośrednie jak i alokowane koszty pośrednie. W ten sposób zdefiniowane i obliczone koszty infrastruktury w każdym ośrodku powstawania kosztów zostały podzielone przez ilość osobodni zrealizowanych w tym OPK. Średni koszt infrastruktury na 1 osobodzień – podobnie jak w przypadku wynagrodzeń – jest taki sam dla trzech wariantów taryfy.

W związku ze specyfiką pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w taryfie uwzględniono osobno koszty związane z dojazdem pielęgniarki do pacjentów – zwykle są to koszty paliwa bądź inne dopłaty transportowe. Koszt dojazdu na jeden osobodzień wyliczono na podstawie danych przekazanych w plikach FK. Koszty transportu zostały podzielone przez liczbę osobodni, a następnie przeważone udziałem osobodni danego produktu rozliczeniowego w danym ośrodku powstawania kosztów. Tak wyliczony koszt transportu zastosowano w wariantach 2 i 3.

W wariantcie 1 natomiast zespół ekspertów oszacował średnią odległość na poziomie 12,5 km (średnia ważona). Na tej podstawie obliczono średni koszt transportu w oparciu o stawkę za 1 km (*Rozporządzenie Ministra Transportu z dnia 23 października 2007 roku, Dz. U. Nr 201 poz. 1462, zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy, tj. 0,8358 zł*), które wyniosło odpowiednio 1,48 zł dla świadczeń opieki pielęgniarskiej wykonywanych pod tym samym adresem zamieszkania (5.15.00.0000090) oraz 5,93 zł dla świadczeń opieki pielęgniarskiej wykonywanych pod różnymi adresami zamieszkania (5.15.00.0000089).

Na każdym etapie obliczeń, na podstawie analizy wykresów pudełkowych, dokonano odcięć wartości odstających spoza zakresu zapisanego wzorem:

$$(Q1 - 1,5(Q3 - Q1) : Q3 + 1,5(Q3 - Q1)),$$

gdzie:

Q1 - pierwszy kwartyl,

Q3 - trzeci kwartył

2.3.2. Koszty procedur

W ramach analizowanego zakresu świadczeń nie wykonuje się procedur które stanowią koszt dla świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej inny niż czas realizacji świadczenia ujęty w kosztach osobowych

2.3.3. Leki i wyroby medyczne

W ramach analizowanego zakresu świadczeń nie występują leki i wyroby medyczne inne niż ujęte w wyposażeniu neseseru, które zostały uwzględnione w koszcie bazowym.

2.3.4. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń

Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń został obliczony w celu uwzględnienia w taryfie świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, wzrostu kosztów operacyjnych działalności podmiotów opieki zdrowotnej, a także określenia kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi. Wykorzystanie mnożnika ma na celu uwzględnienie zmian cen towarów/usług w wyniku zmian kosztów ponoszonych przez podmioty działające na rynku opieki zdrowotnej.

Podejście polegające na zastosowaniu mnożnika do określenia wysokości taryfy obejmuje zmiany Wysokości kosztów w trzech obszarach:

1. Wynagrodzenia;
2. Amortyzacja;
3. Koszty operacyjne (bez kosztów amortyzacji i wynagrodzeń).

Wskaźnik zmian wielkości kosztów w ramach każdej kategorii został obliczony niezależnie, a następnie został złączony w celu stworzenia mnożnika zmian wielkości kosztów świadczeń. Mnożnik jest średnią ważoną wskaźnika inflacji, wzrostu wynagrodzeń oraz średniego ważonego kosztu kapitału.

Tabela 26. Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Ip.	Kategoria kosztów	Udział kategorii kosztów w kosztach ogółem	Nazwa wskaźnika	Wielkość wskaźnika	Ważona wielkość wskaźnika
1	Wynagrodzenia	79,4923 %	Wskaźnik wzrostu wynagrodzeń	5,1126 %	3,7574 %
2	Amortyzacja	0,9515 %	Średni ważony koszt kapitału	9,3428 %	0,0889 %
3	Pozostałe koszty operacyjne	25,5561 %	Wskaźnik inflacyjny	0,9968 %	0,2547 %
4	Łącznie	100 %	Mnożnik zmian wielkości kosztów świadczeń	4,1010 %	

Udział poszczególnych kategorii kosztów w kosztach ogółem jest wyznaczony na podstawie danych kosztowych przekazanych Agencji przez świadczeniodawców w zakresie danych finansowo-księgowych dotyczących świadczeń realizowanych przez ośrodki długoterminowej opieki domowej.

Wszelkie szacunki i obliczenia oparte są na informacjach dostępnych w domenie publicznej. Dane pochodzą ze źródeł ogólnodostępnych, w tym badanych lub przeglądanych sprawozdań finansowych podmiotów opieki zdrowotnej notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych. W celu utrzymania obiektywnego podejścia, metodologia kalkulacji wskaźników nie wykorzystuje danych niedostępnych publicznie.

Wskaźnik inflacyjny został zastosowany w celu ujęcia wzrostu kosztów działalności operacyjnej podmiotu (z pominięciem amortyzacji oraz wynagrodzeń) oraz dla kosztów pośrednich. Do wyliczenia wskaźnika wykorzystano przeciętną stopę inflacji z okresu dwóch lat, która wynosiła 1,8% w 2013 r. oraz 0,2% w 2014 r. Przeciętna stopa inflacji została oszacowana w wysokości 0,9968%.

Wskaźnik zmian wynagrodzeń ma na celu ujęcie zmian kosztów związanych z wynagrodzeniami ze stosunku pracy, z umów zleceń i o dzieło oraz kontraktów z działalnością gospodarczą w formie prywatnej praktyki. Do jego wyznaczenia zostały wykorzystane dane z lat 2013-2014 z „Informacji na temat wyników ankiety dotyczącej wysokości wynagrodzeń z tytułu umów o pracę oraz cywilnoprawnych” opracowywanej przez Ministerstwo Zdrowia.

Na podstawie danych z Ministerstwa Zdrowia ważona strukturą zatrudnienia stopa wzrostu wynagrodzeń wynosiła 4,76% w 2013 r. oraz 5,46% w 2014 r. Przeciętna stopa wzrostu wynagrodzeń została oszacowana w wysokości 5,1126 % dla świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Średnioważony koszt kapitału został zastosowany w celu określenia kapitału niezbędnego do zapewnienia bieżącego i przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi. Do jego wyznaczenia wykorzystano wskaźnik WACC (ang. *Weighted Average Cost of Capital*), który uwzględnia źródła pochodzenia kapitału sklasyfikowane jako kapitał własny i kapitał obcy (dług przedsiębiorstwa).

Do ustalenia kosztu kapitału własnego wykorzystano model CAPM (ang. *Capital Asset Pricing Model*). Dla oszacowanej stopy wolnej od ryzyka, współczynnika beta (współczynnik zaangażowanego kapitału) oraz premii za ryzyko rynkowe koszt kapitału własnego wynosi 6,6775 %.

Koszt kapitału obcego, będący kosztem, który przedsiębiorstwo musi ponieść przy korzystaniu z finansowania zewnętrznego, oszacowano na podstawie danych z sprawozdań MZ-03 dla samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Mając na uwadze rozpiętość kosztu kapitału obcego dla samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej oraz podmiotów notowanych na GPW, zostały przyjęte ważony średni koszt kapitału obcego w wysokości 11,9304%. Wagi zostały ustalone na podstawie danych dotyczących wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne z analizy świadczeniodawców, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od 1 stycznia 2012.

Szacując strukturę kapitału własnego i obcego zostały przyjęte, jako dane bazowe, wielkości księgowe z lat 2013 i 2014 sprawozdawane na podstawie formularzy MZ-03 przez samodzielne zakłady opieki zdrowotnej do Ministerstwa Zdrowia. Struktura kapitału własnego wyniosła 70,1893%, a kapitału obcego 29,8107%. Oszacowany na podstawie powyższych danych średnioważony koszt kapitału wynosi 9,3428 %.

Szczegółowy algorytm oszacowania mnożnika zmian wielkości kosztów świadczeń znajduje się w Załączniku 5.

2.3.5. Przekształcenie danych medyczno-kosztowych w taryfę

Z uwagi na to, że taryfikowane świadczenia są częścią całego zbioru produktów w rodzaju świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz biorąc pod uwagę to, że NFZ nie określa wartości punktowej przedmiotowych świadczeń oraz ceny jednego punktu, taryfa w każdym z wariantów została ustalona z wartością równą 1 dla produktu 5.15.00.0000089 *osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 1,0*. Można zatem uznać, że produkt ten traktowany jest jako świadczenie bazowe.

3. Taryfa

W poniższej tabeli przedstawiono ustaloną w Agencji taryfę dla przedmiotowych świadczeń w zakresie *pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej*, przygotowaną zgodnie z metodyką stosowaną w przypadku konieczności ustalenia taryfy w krótkim czasie, w następujących wariantach:

- Wariant 1 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) określonych metodą ekspercką oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców,
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców,
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców.

Zestawiono je z aktualną wyceną i pokazano procentową zmianę. Przedstawiono również taryfę punktową względem ceny punktu świadczenia bazowego. Jednocześnie wskazać należy, iż z uwagi na to, że NFZ nie określa dla świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wartości punktowych a ceny świadczeń negocjowane są indywidualnie z każdym świadczeniodawcą, w przypadku przyjęcia danego wariantu taryfy za korektor wskazany w opisie świadczenia 5.15.00.0000090 osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, uznać należy wartość punktową taryfy ustalonej przez AOTMiT.

Należy mieć na względzie fakt, iż wartość świadczeń obliczana jest na podstawie danych za okres dwóch lat poprzedzających wydanie taryfy. Niezmiennie istotne jest również to, że największą część taryfikowanych świadczeń stanowią koszty osobowe, w szczególności wynagrodzenia pielęgniarek realizujących te świadczenia. W trakcie spotkań zarówno świadczeniodawcy jak i eksperci podnosili kwestię dostosowania ponoszonych kosztów do stawek za osobodzień płaconych przez NFZ, czego konsekwencją są zaniżone stawki wynagrodzeń.

Dlatego też wariant 1 (ekspercki) został skalkulowany w dwóch dodatkowych opcjach:

- Wariant 1a – w którym dane dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek przyjęte zostały w wysokości analogicznej do świadczeń udzielanych w hospicjum domowym, z uwagi na podobieństwo realizowanych czynności i zakresu opieki nad pacjentem.
- Wariant 1b – w którym stawki średniego wynagrodzenia na godzinę czasu pracy pielęgniarki obliczone zostały na podstawie danych pochodzących z badania ankietowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia, na temat poziomu średnich miesięcznych wynagrodzeń uzyskanych w marcu w latach 2012-2014 przez poszczególne medyczne grupy zawodowe.

Szczegółowe kalkulacje zawiera Załącznik nr 6.

Tabela 27. Koszty całkowite i taryfy świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	średnia cena NFZ 2014	AOTM					zmiana %					Taryfa punktowa				
			wariant 1	wariant 1a	wariant 1b	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 1b	wariant 2	wariant 3	wariant 1	wariant 1a	wariant 1b	wariant 2	wariant 3
5.15.00.0000089	osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 1,0	24,39 zł	28,56 zł	40,04 zł	42,99 zł	23,50 zł	20,38 zł	17%	64%	76%	-4%	-16%	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5.15.00.0000090	osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 0,4 (od 1 stycznia 2015 wartość współczynnika wynosi 0,5)	10,17 zł	21,30 zł	31,16 zł	33,70 zł	21,31 zł	18,13 zł	110%	207%	231%	110%	78%	0,75	0,78	0,78	0,91	0,89

4. Opinie ekspertów

Podczas prac nad wyceną świadczeń z opieki pielęgniarskiej długoterminowej domowej, eksperci zewnętrzni, którzy przygotowywali referencyjne przebiegi świadczeń, zgłosili uwagi, które przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 28. Uwagi ekspertów zewnętrznych opracowujących przebiegi referencyjne

Nazwa/Imię Nazwisko	Uwagi
<ul style="list-style-type: none"> dr n. o zdrowiu Mariola Rybka; mgr piel. Bożena Majchrowicz; mgr piel. Renata Zajkowska; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wskazana jest kwalifikacji pacjenta do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową poprzez zastosowanie innego narzędzia niż obecnie obowiązujące. Skala Barthel jest wystarczającym narzędziem do oceny mobilności pacjenta świadomego i do ustalenia jego deficytu w zakresie samopielęgnacji. W przypadku ograniczenia świadomości lub innych chorób nie dotyczących układu ruchu lub nie mających wpływu na narząd ruchu staje się niemiarodajna. Nie ocenia się przy pomocy tej skali ani stanu świadomości chorego ani stanu skóry, a są to w przypadku pacjentów opieki długoterminowej przyczyny dużego obciążenia opiekuńczo-pielęgniacyjnego i znacznego wzrostu kosztów opieki. 2. Wycofanie z zestawu przeciwwstrząsowego Hydroxyethylamylum – roztwór 6% o masie cząsteczkowej 130/04 lub 200/0,5 roztwór do infuzji i– 1 op. (HAES) – ze względu na ograniczone stosowanie tego leku w środowisku domowym chorego ze względu na możliwe powikłania oraz dużą ilość przeciwwskazań do stosowania tego leku. Powinien być stosowany w warunkach szpitalnych jako lek osoczozastępczy.

5. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

5.1. Wpływ na budżet płatnika publicznego

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie i wartości rozliczonych produktów jednostkowych w 2014 roku. Należy mieć na uwadze fakt, iż wartość ta nie uwzględnia świadczeń, które zostały zrealizowane ale nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ.

Wartość świadczeń rozliczonych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej w 2014 roku wyniosła 404 204 756,39 PLN.

Poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydatki zestawiono z kosztami związanymi z wprowadzeniem nowej taryfy świadczenia w 3 wariantach, przy czym dla wariantu 1 opracowano dwie dodatkowe opcje:

- Wariant 1 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) określonych metodą ekspercką oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców,
 - Wariant 1a – w którym dane dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek przyjęte zostały w wysokości analogicznej do świadczeń udzielanych w hospicjum domowym, z uwagi na podobieństwo realizowanych czynności i zakresu opieki nad pacjentem.
 - Wariant 1b – w którym stawki średniego wynagrodzenia na godzinę czasu pracy pielęgniarki obliczone zostały na podstawie danych pochodzących z badania ankietowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia, na temat poziomu średnich miesięcznych wynagrodzeń uzyskanych w marcu w latach 2012-2014 przez poszczególne medyczne grupy zawodowe,
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura, leki, wyroby medyczne, procedury) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców,
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców.

W wariantcie 1 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 96 740 272,73 PLN, co odpowiada 23,93% wzrostowi kosztów w tym obszarze.

W wariantcie 1a wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 301 950 094,83 PLN, co odpowiada 74,70% wzrostowi kosztów w tym obszarze.

W wariantcie 1b wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 354 732 395,53 PLN, co odpowiada 87,76% wzrostowi kosztów w tym obszarze.

W wariantcie 2 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami po stronie płatnika publicznego w wysokości 19 081 828,00 PLN, co odpowiada 4,72% wzrostowi kosztów w tym obszarze. Zaznaczyć jednak należy, że dla świadczenia 5.15.00.0000089 *osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 1,0* odnotowywany jest spadek wydatków płatnika o blisko 4%.

W wariantcie 3 wprowadzenie nowej taryfy świadczeń będzie wiązało się ze zmniejszeniem kosztów po stronie płatnika publicznego w wysokości 38 048 376,57 PLN, co odpowiada 9,41% spadkowi kosztów w tym obszarze. Zaznaczyć jednak należy, że spadek wartości świadczeń odnotowany został jedynie dla świadczenia 5.15.00.0000089 *osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 1,0* (o 16%).

Wartość całkowitego kosztu inkrementalnego dla poszczególnych scenariuszy przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 29. Wyniki analizy wpływu na budżet dla świadczeń stacjonarnych

wariant	wartość zrealizowanych NFZ 2014	wartość wg wyceny AOTM	różnica AOTM vs NFZ	zmiana %
1	404 204 756,39	500 945 029,13 zł	96 740 272,73 zł	23,93%
1a	404 204 756,39	706 154 851,22 zł	301 950 094,83 zł	74,70%
1b	404 204 756,39	758 937 151,92 zł	354 732 395,53 zł	87,76%
2	404 204 756,39	423 286 584,39 zł	19 081 828,00 zł	4,72%
3	404 204 756,39	366 156 379,83 zł	-38 048 376,57 zł	-9,41%

Analizując powyższe dane należy mieć na uwadze następujące ograniczenia:

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczą informacji o liczbie i wartości świadczeń rozliczonych w roku 2014, nie zostały uwzględnione świadczenia zrealizowane ale nie sfinansowane przez płatnika. Powoduje to, że zasymulowana wartość świadczeń z zastosowaniem nowych taryf może różnić się od potencjalnej rzeczywistej wartości świadczeń.

Szczegółowe oszacowania dotyczące skutków finansowych poszczególnych wariantów taryfy przedstawiono w Załączniku nr 7.

Dodatkowo przeprowadzono analizę dotyczącą kosztów związanych ze skutkiem finansowanych w skali miesiąca wynikający z kombinacji dopuszczalnej maksymalnej liczby świadczeniobiorców objętych jednocześnie opieką przez jedną pielęgniarkę. W zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 69/2014/DSOZ z dnia 6 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej została określona maksymalna liczba osób które mogą być objęte opieką przez jedną pielęgniarkę. Szczegółowe dane dotyczące miesięcznej wartości każdej z kombinacji przedstawiają tabele poniżej.

Tabela 30. Maksymalna liczba osób objętych opieką przez pielęgniarkę zgodnie z Zarządzeniem NFZ

Dopuszczalna maksymalna liczba świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem i pod różnymi adresami, objętych jednocześnie opieką przez jedną pielęgniarkę w ramach 1 etatu przeliczeniowego		Miesięczna wartość każdej z kombinacji										
pacjenci pod jednym adresem zamieszkania	pacjenci pod różnym adresem zamieszkania	NFZ	Wariant 1	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 1a	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 1b	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 2	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 3	różnica AOTMiT vs NFZ (%)
liczba pacjentów do:	liczba pacjentów do:											
2	5	4 267,71	5 561,60	30,32%	7 875,44	84,54%	8 470,58	98,48%	4 803,27	12,55%	4 145,49	-2,86%
4	4	4 146,10	5 982,82	44,30%	8 543,82	106,07%	9 202,54	121,96%	5 377,16	29,69%	4 621,99	11,48%
6	3	4 024,50	6 404,04	59,13%	9 212,20	128,90%	9 934,50	146,85%	5 951,05	47,87%	5 098,49	26,69%
8	2	3 902,89	6 825,26	74,88%	9 880,59	153,16%	10 666,45	173,30%	6 524,94	67,18%	5 574,99	42,84%
10	1	3 781,29	7 246,48	91,64%	10 548,97	178,98%	11 398,41	201,44%	7 098,83	87,74%	6 051,49	60,04%

Przebieg referencyjny opracowany przez zespół ekspertów współpracujących z Agencją umożliwił oszacować maksymalną liczbę świadczeniobiorców, którzy mogą być objęci świadczeniami z zakresu pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej. Maksymalna liczba pacjentów przebywających pod jednym adresem zamieszkania objęta jednocześnie opieką zgodnie z opracowanym przebiegiem wynosi 6 osób, natomiast liczba pacjentów przebywających pod różnym adresem zamieszkania wynosi 4. Analiza dotycząca miesięcznego skutku finansowego każdej z kombinacji została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 31. Maksymalna liczba osób objętych opieką przez pielęgniarkę zgodnie z przebiegiem referencyjnym

Dopuszczalna maksymalna liczba świadczeniobiorców przebywających pod tym samym adresem i pod różnymi adresami, objętych jednocześnie opieką przez jedną pielęgniarkę w ramach 1 etatu przeliczeniowego		Miesięczna wartość każdej z kombinacji										
pacjenci pod jednym adresem zamieszkania	pacjenci pod różnym adresem zamieszkania	NFZ	Wariant 1	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 1a	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 1b	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 2	różnica AOTMiT vs NFZ (%)	Wariant 3	różnica AOTMiT vs NFZ (%)
liczba pacjentów do:	liczba pacjentów do:											
0	4	2 926,21	3 426,92	17,11%	4 804,70	64,20%	5 159,09	76,31%	2 819,59	-3,64%	2 445,99	-16,41%
2	3	2 804,60	3 848,14	37,21%	5 473,09	95,15%	5 891,04	110,05%	3 393,48	21,00%	2 922,49	4,20%
3	2	2 378,02	3 630,39	52,66%	5 206,69	118,95%	5 612,13	136,00%	3 327,97	39,95%	2 854,99	20,06%
4	1	1 951,45	3 412,63	74,88%	4 940,29	153,16%	5 333,23	173,30%	3 262,47	67,18%	2 787,50	42,84%
6	0	1 829,84	3 833,85	109,52%	5 608,68	206,51%	6 065,18	231,46%	3 836,36	109,66%	3 264,00	78,38%

W Załączniku nr 8 przedstawiono szczegółowe obliczenia dotyczące kombinacji różnej liczby oraz liczby osobodni pacjentów i wynikającego z tego skutku finansowego w skali miesiąca.

5.2. Aspekty organizacyjne

Poziom zatrudnienia personelu pielęgniarskiego

Odpowiedni poziom obsady pielęgniarskiej jest wymagany w celu zagwarantowania dobrej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienie bezpieczeństwa chorym. Niedostateczna obsada pielęgniarska skutkuje wzrostem długości pobytów w szpitalach, zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością pacjentów oraz częstym występowaniem zdarzeń niepożądanych. Uznaje się, że wysoka jakość opieki pielęgniarskiej skutkuje skróceniem czasu pobytu pacjenta w szpitalu, spadkiem umieralności, zmniejszeniem kosztów i ilości niepożądanych zdarzeń, równocześnie powodując wzrost satysfakcji pacjenta z opieki, wzrost wskaźnika wyzdrowień, jakości życia i wiedzy pacjenta [34, 35].

Opublikowano wiele badań oceniających bezpośredni związek między odpowiednią obsadą pielęgniarską a stanem zdrowia pacjentów, zachorowalnością i śmiertelnością. W pracy z 1998 roku potwierdzono mniejszą liczbę błędów medycznych i odleżyn oraz większe zadowolenie pacjenta z zastosowanej terapii w przypadku większego zróżnicowania kwalifikacji i umiejętności posiadanych przez pielęgniarki. W innym badaniu udowodniono, że większa liczba wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek wśród personelu medycznego zmniejsza liczbę błędów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych. Niewłaściwy poziom zatrudnienia pielęgniarek zwiększa liczbę zgonów wśród pacjentów pozostających pod ich opieką. W amerykańskim badaniu z 2002 roku stwierdzono, że zwiększenie obciążenia pielęgniarki poprzez oddanie pod jej opiekę kolejnego pacjenta powoduje wzrost szansy zgonu o 7%. W takim samym stopniu wzrasta ryzyko nieudanej próby uratowania życia w przypadkach nagłych. W systematycznym przeglądzie doniesień naukowych przeprowadzonym przez *Cochrane Collaboration* udowodniono, że zwiększenie wskaźnika personelu pielęgniarskiego wpływa na skrócenie czasu hospitalizacji i zmniejszenie występowania odleżyn. Pomimo ograniczonych informacji dotyczących wpływu zastępowania pielęgniarek przez niewykwalifikowanych asystentów, odnaleziono dowody naukowe na to, że specjalistyczne wsparcie, takie jak np. asystent dietetyczny, wpływa w istotny sposób na wyniki leczenia pacjentów [34, 35].

Koszty

Występujące zdarzenia niepożądane to nie tylko problem dla pacjenta, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia. Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek zebrało w 2005 roku doniesienia naukowe potwierdzające silny związek pomiędzy nieodpowiednią obsadą pielęgniarską a liczbą przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjentów na skutek niewłaściwej terapii. Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta przyczynia się do zwiększenia kosztów leczenia i opieki zdrowotnej. I tak na przykład nieodpowiednia obsada pielęgniarska w USA prowadziła do wzrostu liczby hospitalizacji z powodu odleżyn, co kosztowało dodatkowo od 5 do 75 tys. dolarów na jednego pacjenta. Inne dowody naukowe wskazują, że dodatkowe koszty związane z zatrudnieniem pielęgniarki nie przewyższają kosztów związanych z leczeniem zdarzeń niepożądanych [34, 35].

Z badania *Dall 2009* wynika, że zwiększenie liczby pielęgniarek dyplomowanych na pacjenta wiąże się z zaoszczędzeniem \$60 000 w związku z uniknięciem dodatkowych kosztów medycznych i ze wzrostem produktywności personelu, na 1 dodatkowy etat [35].

W badaniu *Door 2005* oszacowano potencjalne oszczędności wynikające ze zmniejszenia zdarzeń niepożądanych u pacjentów po zwiększeniu zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w domach opieki długoterminowej na odpowiednim poziomie. Analiza wykazała, że rocznie oszczędzano \$3 191 (z perspektywy społeczeństwa) na jednego pacjenta z grupy wysokiego ryzyka, który przebywał w domu opieki, który zatrudniał odpowiednią ilość personelu pielęgniarskiego, co skutkowało poświęceniem pacjentowi 30-40 min dziennie przez pielęgniarkę dyplomowaną, w porównaniu do domów opieki o niższym poziomie zatrudnienia personelu, gdzie dziennie poświęcano pacjentom tylko 10 min [36].

Warunki pracy

Nadliczbowe godziny pracy, czy też brak odpowiedniej długości przerw między dyżurami, wynikające z nadmiaru pracy, prowadzą do pogorszenia stanu zdrowia pielęgniarek, które z tego powodu częściej sięgają po zwolnienia lekarskie. Amerykańskie badanie wykazało, iż każdy dodatkowy pacjent pozostający pod opieką pielęgniarki zwiększa szansę wyczerpania emocjonalnego pielęgniarki o 23%, a szansę zmniejszenia satysfakcji z pracy o 15%. Ocena tych czynników wydaje się być szczególnie ważna w kontekście międzynarodowych badań przeprowadzonych w latach 2009-2010, według

których aż 40% polskich pielęgniarek wskazało, że cierpi na wypalenie zawodowe a 44% – chciałoby opuścić obecne miejsce pracy w ciągu roku [34, 35].

Zagadnienie określania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską jest od wielu lat przedmiotem zainteresowania pielęgniarek, a zwłaszcza grupy pielęgniarek menedżerów, w wielu krajach świata. Podejmowane są w związku z tym różnorodne próby określenia wzoru, sposobu czy też normy pozwalającej racjonalnie określić liczebność zespołów pielęgniarskich w oddziałach. Już sama liczba różnych metod wypracowanych w różnych jednostkach sugeruje, że zagadnienie to jest trudne i bardzo skomplikowane. Pozwalając sobie na duże uproszczenie można powiedzieć, że podstawowa trudność istnieje w "pomiarze" potrzeb pacjentów jak również w ujęciu adekwatnego do tych potrzeb obciążenia pracą pielęgniarek. Nie trzeba oczywiście udowadniać, że są to kluczowe elementy oceny potrzeb kadrowych w każdej jednostce. Złożoność zagadnienia wiąże się w dużej mierze z czynnikami, które wpływają na obciążenie pracą pielęgniarek. Można do nich zaliczyć, jak wspomniano powyżej, czynniki związane z samymi pacjentami, jak również czynniki związane z organizacją pracy oddziału. Do czynników związanych z pacjentami zaliczyć można: potrzeby pacjentów, liczba pacjentów, poziom zależności, liczba potrzebnych świadczeń, w których uczestniczą pielęgniarki, dzień pobytu, wiek pacjentów i inne. Do czynników związanych z samym oddziałem należą: metody organizacji pracy, wielkość oddziałów, warunki oddziałów (w tym architektura), wyposażenie oddziałów (w tym nowoczesny sprzęt), mechanizmy kontroli, przepływ informacji i komunikowanie, wsparcie z zewnątrz, polityka administracyjna i in. Pielęgniarki oprócz działań związanych bezpośrednio z opieką nad pacjentem realizują wiele innych działań, które w dużym skrócie można odnieść do ciągłości pracy oddziału. Dla odróżnienia tych działań przyjmuje się pojęcia opieki bezpośredniej i pośredniej. Opieka bezpośrednia to ta, która realizowana jest w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Natomiast opieka pośrednia jest realizowana głównie na rzecz oddziału, lecz również na rzecz pacjenta, tyle że nie w bezpośrednim kontakcie z nim (np. załatwianie spraw telefonicznych w imieniu pacjenta, przejścia do laboratorium z pobranym materiałem, i in.) [37].

Poniżej przedstawiono najbardziej popularne instrumenty pomiaru pracy pielęgniarskiej [38]

- Instrumenty pomiaru oparte na klasyfikacjach poziomu niesamodzielności pacjenta:
 - Metoda oceny stanu pacjenta (ang. *Resident Assessment Instrument*, RAI);
 - Kryteria opieki (ang. *Criteria for Care*);
- Metody czynnościowe
 - Wskaźnik obciążenia pracą dla określenia potrzeb kadrowych (ang. *Workload Indicators of Staffing Need* – WISN),
 - Godzina pracy pielęgniarskiej, a „pacjentodzień” (ang. *Nursing hours per patient day* – NHPPD)
 - Minimalny zestaw danych pielęgniarskich (ang. *Nursing Minimum Data Set* - NMDS)
 - Dokumentacja realizacji czynności pielęgniarskich (niem. *Leistungserfassung in der Pflege* – LEP)
 - Pielęgniarska opieka zindywidualizowana (fr. *Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée* – SIIPS)
- Metody oparte na planie opieki
 - Pielęgniarski projekt badawczy (fr. *Projet de Recherche en Nursing* – PRN).

W niektórych krajach, w ramach obowiązujących regulacji prawnych, określono liczbę minimalnej obsady pielęgniarskiej w oparciu o następujące wskaźniki [34]:

- wskaźnik pielęgniarka – pacjent (ang. *Nurse to Patient Ratio*) – formuła określająca liczbę pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, wskaźnik różni się w zależności od rodzaju oddziału oraz od rodzaju zmiany (poranna, popołudniowa, nocna);
- całkowite godziny opieki pielęgniarskiej przypadające na jednego pacjenta na dobę (ang. *Nursing Hours Per Patient Day*, NHPPD) – liczba całkowitych godzin opieki pielęgniarskiej przypadająca na jednego pacjenta na danym oddziale w ciągu doby;
- metoda proporcji personelu pielęgniarskiego (ang. *Staff/Skill Mix*) – uwzględnia zróżnicowanie kwalifikacji i doświadczenia personelu świadczącego opiekę pielęgniarską.

Systemy pomiaru obciążenia pielęgniarek pracą zostały pierwotnie stworzone w celu umożliwienia oszacowania poziomu zatrudnienia pielęgniarek na wymaganym poziomie. Ponieważ największym czynnikiem wpływającym na koszt pobytu pacjenta w szpitalu jest koszt opieki pielęgniarskiej, w momencie rozpoczęcia projektu *Ontario Case Costing Initiative*, ustalono, że wycena opieki pielęgniarskiej stanowi fundamentalny koszt opieki nad pacjentem. W celu oszacowania kosztu opieki pielęgniarskiej, eksperci dokonali przeglądu danych dotyczących potencjalnych czynników predykcyjnych. Celem projektu było sprawdzenie, czy istnieją alternatywne metody przewidywania

kosztu opieki pielęgniarskiej bez uwzględnienia danych dotyczących obciążenia pielęgniarek pracą. Z badania wynika, że pierwszorzędne czynniki wpływające na koszt opieki pielęgniarskiej to: stan ciężkości pacjenta, złożoność środowiska, doświadczenie pielęgniarki, częstość zmian pacjentów, wskaźnik pielęgniarka-pacjent, status poznawczy, kontrola infekcji, ilość wakatów pielęgniarskich, przewidywalność stanu pacjenta. Wśród drugorzędnych czynników wymieniono: interwencje pielęgniarskie, liczbę pacjentów, choroby współistniejące, zdolność pacjentów do sprawowania samo-opieki, fizyczne i psychospołeczne funkcjonowanie, rodzaj oddziały oraz diagnoza pacjenta [39].

W wytycznych *Royal College of Nursing* z 2010 roku odniesiono się do określania norm personelu świadczącego usługi w społeczności. Ustalenie norm zatrudnienia w przypadku świadczeń udzielanych w społeczeństwie jest dużo bardziej złożone niż w przypadku świadczeń udzielanych w szpitalu. W wytycznych wskazuje się na dwie metody określenia poziomu zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w tego typu świadczeniach: określenie liczby pielęgniarek na 1 000 pacjentów (osób w populacji) oraz określenie liczby pacjentów przypadających na pielęgniarkę. Obie metody obciążone są niedoskonałościami, jako że żaden z parametrów nie jest stały, dodatkowe trudności wynikają z samej definicji opieki świadczonej w społeczeństwie. Ze względu na ograniczone dane, w wytycznych zaleca się dalece idącą ostrożność w określaniu poziomu personelu [35].

6. Kluczowe informacje i wnioski

Celem niniejszego opracowania jest opis zasad i procesu weryfikacji wyceny punktowej świadczeń opieki zdrowotnej przyjętej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w oparciu o rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców i zaproponowania nowych taryf punktowych odzwierciedlających wzajemne relacje kosztowe pomiędzy poszczególnymi produktami, z wykorzystaniem danych kosztowych uzyskanych od wybranych świadczeniodawców za 2013 i 2014 rok, zgodnie z przyjętą metodyką.

Przedmiotem opracowania są świadczenia w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, z zakresu świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, zgodnie ze zleceniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2015 r., na podstawie punktu VI planu taryfikacji na 2015 r. tj. „Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W celu pozyskania danych o kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, AOTMiT przeprowadziła postępowanie mające na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowywania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Finalnie, umowy o przygotowanie i przekazanie danych historycznych i szczegółowych podpisano z 30 świadczeniodawcami, dane przekazało 28. W wyniku przeprowadzonej weryfikacji technicznej i merytorycznej, do ustalenia taryf świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej wykorzystano dane od wszystkich 28 świadczeniodawców.

Zgodnie z przyjętą Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku konieczności ustalenia taryfy w krótkim czasie, w celu ustalenia taryfy, zastosowano 3 podejścia analityczne i przygotowano 3 warianty taryfy:

- Wariant 1 – na podstawie określonego przez ekspertów klinicznych referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców.
- Wariant 2 – na podstawie wielkości zaangażowania poszczególnych zasobów (personel, infrastruktura) oraz ich kosztów określonych w oparciu o dane rzeczywiste przekazane przez świadczeniodawców.
- Wariant 3 – na podstawie ogólnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców.

Z uwagi na to, że główną składową taryfy dla świadczeń z zakresu długoterminowej pielęgniarskiej opieki domowej, stanowią wynagrodzenia personelu, przyjęto dodatkowe warianty wyliczenia taryfy:

- Wariant 1a – na podstawie określonego przez ekspertów klinicznych referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców, natomiast dane dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek przyjęte zostały w wysokości analogicznej do świadczeń udzielanych w hospicjum domowym, z uwagi na podobieństwo realizowanych czynności i zakresu opieki nad pacjentem.
- Wariant 1b – na podstawie określonego przez ekspertów klinicznych referencyjnego przebiegu świadczenia, na który nałożone zostały rzeczywiste dane kosztowe pochodzące od świadczeniodawców, przy czym stawki średniego wynagrodzenia na godzinę czasu pracy pielęgniarki obliczone zostały na podstawie danych pochodzących z badania ankietowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia, na temat poziomu średnich miesięcznych wynagrodzeń uzyskanych w marcu w latach 2012-2014 przez poszczególne medyczne grupy zawodowe.

Kolejne etapy procesu ustalania taryfy świadczenia opieki zdrowotnej obejmowały: ustalenie referencyjnego kosztu świadczenia, powiększenie referencyjnego kosztu świadczenia o mnożnik zmian wielkości kosztu świadczenia oraz przeliczenie wartości pieniężnej uzyskanego kosztu świadczenia na taryfę punktową.

Z uwagi na to, że taryfikowane świadczenia są częścią całego zbioru produktów w rodzaju świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz biorąc pod uwagę to, że NFZ nie określa wartości punktowej przedmiotowych świadczeń oraz ceny jednego punktu, taryfa w każdym z wariantów została ustalona z wartością równą 1 dla produktu 5.15.00.0000089 *osobodzień za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi*

adresami zamieszkania, ze współczynnikiem korygującym 1,0. Można zatem uznać, że produkt ten traktowany jest jako świadczenie bazowe.

W efekcie prac analitycznych ogólnie nastąpił wzrost wycen świadczeń, przy czym w wariancie 2 i 3 zmalała wycena jednego świadczenia.

Symulacja konsekwencji wprowadzenia nowej taryfy wskazuje na wzrost wydatków płatnika publicznego, który w wariantach najbardziej skrajnych wyniesie odpowiednio około 19 mln PLN (minimalnie) do około 355 mln PLN (wariant maksymalny). Jednakże w jednym z wariantów przyjęcie nowych taryf skutkować będzie zmniejszeniem wydatków w wysokości około 38 mln PLN. Należy mieć jednak na uwadze, iż dane Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczą informacji o liczbie i wartości świadczeń rozliczonych w roku 2014, nie zostały natomiast uwzględnione świadczenia zrealizowane ale nie sfinansowane przez płatnika. Powoduje to, że zasymulowana wartość świadczeń z zastosowaniem nowych taryf może różnić się od potencjalnej rzeczywistej wartości świadczeń.

Analizując wyniki dokonanej retaryfikacji świadczeń należy mieć na względzie, iż przeprowadzona wycena charakteryzuje się pewnymi ograniczeniami:

Wariant 1

- Przebieg referencyjny został opracowany przez ekspertów klinicznych, skupionych wokół Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. Pomimo starannego doboru ekspertów do współpracy oraz sprawdzania i konsultowania otrzymanych przebiegów pomiędzy ekspertami a Agencją, opracowany w ten sposób standard realizacji świadczenia nie jest pozbawiony ograniczeń. Należy mieć na uwadze, że jest to pewnego rodzaju uśrednienie (założenie o standardowym pacjencie) przyjęte na potrzeby wyceny, gdzie trudności może sprawiać rozdzielenie elementów obligatoryjnych i opcjonalnych świadczenia oraz ich właściwe uśrednienie.
- Na potrzeby opracowania przebiegu referencyjnego przyjęto założenie, że pielęgniarka w ciągu tygodnia odbywa u pacjenta 4 wizyty (zgodne z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ). Należy mieć jednak na uwadze, że jest to pewne uśrednienie. Część pacjentów w początkowym okresie objęcia opieką wymaga częstszych wizyt.
- W przypadku świadczeń z zakresu PODD opracowanych zostało kilka przebiegów referencyjnych, które różnicował stan ciężkości chorego. W efekcie skalkulowana taryfa jest średnią ważoną występowaniem poszczególnych stanów zgodnie z proporcjami wskazanymi przez ekspertów.
- Koszty nałożone na przebieg referencyjny były kosztami rzeczywistymi, otrzymanymi od świadczeniodawców, w związku z czym wszystkie ograniczenia odnoszące się do sposobu zbierania danych oraz ich jakości mają przełożenie na ograniczenia Wariantu 1.
- Z uwagi na niską stawkę godzinową wynagrodzenia pielęgniarek, która została oszacowana na podstawie danych finansowo-księgowych oraz która stanowi główną składową taryfy zdecydowano się na wykonanie kolejnych dwóch alternatywnych wariantów taryfy, tj. wariantu 1a w którym dane dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek przyjęte zostały w wysokości analogicznej do świadczeń udzielanych w hospicjum domowym, z uwagi na podobieństwo realizowanych czynności i zakresu opieki nad pacjentem, oraz wariantu 1b – w którym stawki średniego wynagrodzenia na godzinę czasu pracy pielęgniarki obliczone zostały na podstawie danych pochodzących z badania ankietowego przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia, na temat poziomu średnich miesięcznych wynagrodzeń uzyskanych w marcu w latach 2012-2014 przez poszczególne medyczne grupy zawodowe.
- W zakresie transportu do pacjenta, zespół ekspertów oszacował średnią odległość na poziomie 12,5 km (średnia ważona z zastosowaniem wag dotyczących odsetka pacjentów z danej kategorii odległości i liczby kilometrów). W oparciu o *Rozporządzenie Ministra Transportu z dnia 23 października 2007 roku, Dz. U. Nr 201 poz.1462, zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy* oszacowano stawkę za 1 km, która wynosi: 0,8358 zł. Dla świadczeń pielęgniarskich wykonywanych pod tym samym adresem zamieszkania (5.15.00.0000090) przyjęto, że pielęgniarka raz dziennie pokonuje odległość 12,5 km, a więc średni koszt transportu na osobodzień wynosi 1,48 zł. Dla świadczeń wykonywanych pod różnymi adresami zamieszkania (5.15.00.0000089), przyjęto, że pielęgniarka musi wykonać minimalnie 4 przejazdy w ciągu

całego tygodnia do każdego pacjenta, a więc średni koszt transportu na osobodzień wynosi 5,93 zł.

W oszacowaniu osobodnia uwzględniono koszty nesesu na podstawie danych od świadczeniodawców. W procesie zbierania danych świadczeniodawcy sprawozdawali całkowity koszt nesesu (bez wyszczególnienia jednostkowych kosztów leków i wyrobów medycznych) w związku z czym naniesienie jednostkowych kosztów na zawartość nesesu określoną przez ekspertów nie było możliwe. Podjęto próbę niesystematycznego wyszukania cen leków i wyrobów medycznych i zgrubnego szacowania wartości kosztów nesesu w ogólnym koszcie świadczenia, w wyniku czego stwierdzono, iż oszacowane całkowite wartości były zbieżne z danymi sprawozdanymi przez świadczeniodawców. Z uwagi na duży wymagany nakład pracy przy dokładnym szacowaniu kosztów nesesu na podstawie informacji eksperckich przy niewspółmiernym udziale kosztów nesesu w całkowitym koszcie świadczenia, do ustalenia taryfy przyjęto wartość wskazaną przez świadczeniodawców w plikach finansowo-księgowych.

Wariant 2

- Nie było możliwości zweryfikowania i uwzględnienia właściwego standardu realizacji świadczeń pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, od których zbierano dane kosztowe.
- Główną składową taryfy stanowią wynagrodzenia pielęgniarek, które szacowane są na podstawie danych historycznych z lat 2013-2014. Należy mieć na uwadze, nowelizację rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (*rozporządzenie MZ z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*), w której zakłada się cykliczny wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek do roku 2019. Przewidziany wzrost wynagrodzeń ma być zrealizowany przez zastosowanie współczynnika korygującego określonego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zatem uwzględnienie go w wariantcie 2 byłoby niezasadne.
- Około 20% danych historycznych przekazanych od świadczeniodawców miało niekompletne informacje dotyczące czasu trwania poszczególnych czynności pielęgniarskich. W związku z tym, mogła zaistnieć sytuacja, że wyliczony czas pracy pielęgniarki mógł być niedoszacowany i dlatego też należało zniwelować ten efekt, odcinając wartości skrajne. Ostatecznie, czas oszacowany w wariantcie 2 był zbliżony do czasu wskazanego w przebiegu eksperckim.
- W procesie zbierania danych świadczeniodawcy sprawozdawali całkowity koszt nesesu (bez wyszczególnienia jednostkowych kosztów leków i wyrobów medycznych) w związku z czym nie było możliwe wyodrębnienie kosztów leków i wyrobów medycznych. Koszty te zostały ujęte w infrastrukturze.

Wariant 3

- Nie było możliwości zweryfikowania i uwzględnienia właściwego standardu realizacji świadczeń pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami, od których zbierano dane kosztowe.
- Główną składową taryfy stanowią wynagrodzenia pielęgniarek, które szacowane są na podstawie danych historycznych z lat 2013-2014. Należy mieć na uwadze, nowelizację rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (*rozporządzenie MZ z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*), w której zakłada się cykliczny wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek do roku 2019. Przewidziany wzrost wynagrodzeń ma być zrealizowany przez zastosowanie współczynnika korygującego określonego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zatem uwzględnienie go w wariantcie 3 byłoby niezasadne.
- W procesie zbierania danych świadczeniodawcy sprawozdawali całkowity koszt nesesu (bez wyszczególnienia jednostkowych kosztów leków i wyrobów medycznych) w związku z czym nie było możliwe wyodrębnienie kosztów leków i wyrobów medycznych. Koszty te zostały ujęte w infrastrukturze.

Ograniczenia systemowe

- Zbierano dane historyczne za okres 2013 i 2014 r. Do dnia 31 grudnia 2014 roku współczynnik korygujący w świadczeniu 5.15.00.0000090 osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania wynosił 0,4. Od dnia 1 stycznia 2015 roku posiada on wartość 0,5. Taryfa AOTMiT dla świadczenia 5.15.00.0000090 tj. osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym

adresem zamieszkania w poszczególnych wariantach określiła następującą proporcję:

- Wariant 1 – 0,75
 - Wariant 1a – 0,78
 - Wariant 1b – 0,78
 - Wariant 2 – 0,91
 - Wariant 3 – 0,89
- Obserwuje się różnicowanie dotyczące organizacji opieki długoterminowej w różnych krajach, gdzie różnie rozkładają się kompetencje na poszczególne grupy zawodowe. W Polsce przykładowo prowadzenie rehabilitacji czy pielęgnacji pacjenta leży w kompetencjach pielęgniarki, zaś w Singapurze czy Australii (mimo tego iż zakresy opieki domowej są zbieżne) za fizjoterapię odpowiada fizjoterapeuta lub terapeuta zajęciowy. W Singapurze za czynności pielęgnacyjne, które w Polsce leżą w kompetencjach pielęgniarki, odpowiada opiekun medyczny/pracownik socjalny. W Australii zakres usług związanych z pielęgniarkami skupia się wokół czynności medycznych, m.in. zakładanie i zdejmowanie cewnika, pielęgnacja ran, podawanie leków, dializa. Wszelkie inne czynności tj. pomoc w codziennych czynnościach (ubieranie się, kąpiel), pomoc przy spożywaniu posiłków, robieniu zakupów itp. zapewniane są w ramach Pakietu Pomocy Domowej.
 - W związku z nowym projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne, zwiększa się zakres kompetencji i czynności wykonywanych przez pielęgniarkę, nie ujętych w przygotowanej taryfie. Zgodnie z projektowanymi zmianami, pielęgniarki i położne będą uprawnione do samodzielnego udzielania – w określonym zakresie – świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Takie rozwiązania, zgodnie z założeniami mają zwiększyć dostępność do świadczeń zdrowotnych oraz wpłynąć na zmniejszenie kolejek do lekarzy. Pielęgniarki i położne, posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, będą mogły ordynować leki i samodzielnie wypisywać recepty na lekarstwa o określonym składzie, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Będą mogły również wypisywać recepty i zlecenia na: środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, określone wyroby medyczne pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego w danym zakresie. Nowe przepisy przewidują ponadto, że pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom co najmniej pierwszego stopnia, będą mogły – na zlecenie lekarza – wystawiać recepty na określone leki. Z możliwości tej będą wyłączone lekarstwa zawierające w swym składzie substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Będą mogły wypisywać recepty na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego jako kontynuację leczenia, jeżeli ukończą specjalistyczny kurs w tym zakresie. Ta grupa pielęgniarek i położnych będzie miała prawo do wydawania skierowań na określone badania diagnostyczne. Wyjątkiem będą badania wymagające metod diagnostycznych i leczniczych związanych z podwyższonym ryzykiem dla pacjenta.
 - Obecnie w Polsce nie funkcjonuje żaden standard pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

7. Źródła

1	Błędowski P. Wilmonska-Pietruszyńska A. Organizacja opieki długoterminowej w Polsce - problemy i propozycje rozwiązań. <i>Polityka społeczna</i> 2009; 7: 9-13.
2	Błędowski P. Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce - stan i rekomendacje. <i>Nowiny Lekarskie</i> 2013; 82 (1): 61-69.
3	Kędziora-Kornatowska K. Muszaliak M. Skolimowska E. <i>Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studiów medycznych.</i> PZWL Warszawa 2010.
4	Markiewicz I. Cebulak M. Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych domową długoterminową opieką pielęgniarską. <i>Problemy pielęgniarstwa</i> 2014; 22 (1): 42-51
5	WHO. WHO Technical Report Series 898. Home-Based Long-Term Care. Report of a WHO Study Group. 2010
6	http://www.oipip-poznan.pl/index.php?modul=b34_10_8 , data dostępu: 19.11.2015 r.
7	Singapore Ministry of Health Home Care Working Group. Guidelines for Home Care. 2015
8	NFZ. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 rok. Warszawa 2012.
9	NFZ. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 rok. Warszawa 2013.
10	NFZ. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2013 rok. Warszawa 2014.
11	NFZ. Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2014 rok. Warszawa 2015.
12	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. Warszawa 2011.
13	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. Warszawa 2012.
14	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. Warszawa 2013.
15	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia. Warszawa 2014.
16	U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2014 With Special Feature on Adults Aged 55-64. 2015
17	Eurostat Statistics Explained. Healthcare expenditure by financing agent, 2012 (% of current health expenditure) YB15.png. (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_financing_agent_2012_(%25_of_current_health_expenditure)_YB15.png#file), data dostępu: 20.11.2015 r.)
18	The World Bank. Health expenditure, total (% of GDP). (http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS), data dostępu 20.11.2015 r.)
19	http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do , data dostępu 20.11.2015 r.
20	http://longtermcare.gov/the-basics/who-pays-for-long-term-care/ , data dostępu 25.11.2015 r.
21	http://longtermcare.gov/the-basics/where-can-you-receive-care/ , data dostępu 25.11.2015 r.
22	https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/home-health-care/home-health-care-what-is-it-what-to-expect.html , data dostępu 25.11.2015 r.
23	Jaroń, Ocena jakości usług publicznych, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa 2015
24	http://www.nhs.uk/chq/Pages/will-the-nhs-pay-for-my-long-term-care.aspx , data dostępu: 24.11.2015 r.
25	http://www.nhs.uk/chq/Pages/2392.aspx?CategoryID=155&SubCategoryID=155 , data dostępu: 24.11.2015 r.
26	http://www.nhs.uk/chq/Pages/what-is-nhs-funded-nursing-care.aspx , data dostępu: 24.11.2015 r.
27	http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/home-care.aspx , data dostępu: 24.11.2015 r.
28	Australian Government, Department of Social Services, Home Care Packages Programme Guidelines, JULY 2014
29	Assistant Minister for Social Services, Quality of Care Principles 2014, 24 June 2014
30	M. Riedel, M. Kraus, The Long-Term Care System For The Elderly in Austria, ENEPRI research report No. 69 contribution to WP1 of the ANCIEN project, European Network of Economic Policy Research Institutes, may 2010
31	A. Sowa, The System Of Long-Term Care In The Czech Republic, ENEPRI Research Report No. 72 Contribution To WP1 Of The ANCIEN Project, European Network of Economic Policy Research Institutes, May 2010
32	OECD (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.
33	I. Styczyńska. Provision of Long Term Care for the Elderly in Poland in Comparison to Other European Countries. CASE Network E-briefs. No. 05/2012. February 2012
34	Szmurło D. Kostrzewska K. Wojtarowicz M. et al. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych. Propozycja sposobu regulacji w Polsce. Kraków 2013.

35	<i>Royal College of Nursin. Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. 2010.</i>
36	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877561 , data dostępu: 26.11.2015 r.
37	http://www.igichp.edu.pl/marek/Nursko4new.htm#tabela1 , data dostępu: 26.11.2015 r.
38	Gaworska-Krzemieńska A. (red). <i>Pomiar obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych. Przegląd piśmiennictwa. 2009.</i>
39	Ferguson-Pare M. Bandurchin A. <i>The Ontario Nursing Workload Demonstration Projects: Rethinking How We Measure, Cost and Plan the Work of Nurses. Nursing Leadership 2010; 23 Special Issue: 20-32.</i>

8. Załączniki

- Zal. 1. Wykaz umów podpisanych ze świadczeniodawcami dotyczących przygotowywania i przekazywania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń.
- Zal. 2. Zestawienie pozyskanych przebiegów referencyjnych
- Zal. 3. Wykaz świadczeń które wykorzystano do szacowania taryfy
- Zal. 4. Analiza wynagrodzeń personelu medycznego
- Zal. 5. Szczegółowe oszacowania mnożnika zmian wielkości kosztów
- Zal. 6. Szczegółowe kalkulacje taryf
- Zal. 7. Analiza wpływu na budżet NFZ ogółem
- Zal. 8. Analiza wpływu na budżet – miesięczne oszacowania wynagrodzeń pielęgniarek