

Kierunki rozwoju opieki długoterminowej – stan obecny, zadania na przyszłość

Warszawa, 17 października 2008 r.

PODSTAWY PRAWNE

- ◆ **Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr78, poz. 483).**
- ◆ **Każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**
- ◆ **Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007-2015. (obecnie uaktualniana).**
- ◆ **Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 - 20015.**

PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE ZA FUNKCJONOWANIE, ZARZĄDZANIE OCHRONĄ ZDROWIA W POLSCE

- ◆ **Minister Zdrowia odpowiedzialny za ochronę zdrowia i opracowanie zasad organizacji opieki zdrowotnej.**
- ◆ **Organy administracji rządowej na poziomie centralnym i wojewódzkim odpowiedzialne za kształt i realizację zadań w zakresie ochrony zdrowia.**
- ◆ **Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiedzialny za zarządzanie środkami finansowymi - główny płatnik w systemie ochrony zdrowia.**
- ◆ **Organy administracji samorządowej (wojewódzkie, powiatowe, gminne), realizujące zadania w zakresie zdrowia publicznego.**

PODMIOTY ODPOWIEDZIALNE ZA FUNKCJONOWANIE, ZARZĄDZANIE OCHRONĄ ZDROWIA W POLSCE

- ◆ Dyrektorzy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz właściciele i dyrektorzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, odpowiedzialni za zarządzanie tymi zakładami.
- ◆ Pośrednio odpowiedzialne są także organy samorządów zawodowych pracowników służby zdrowia, które z wymienionymi powyżej podmiotami powinny współpracować.

STRATEGIA ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA 2007 –2015

CEL3 ZAPEWNIENIE WŁAŚCIWEJ OPIEKI OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU

- ◆ Przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo-leczniczych, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku;
- ◆ Organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym;
- ◆ Restrukturyzacja sieci szpitalnej i wydzielenie zakładów przystosowanych do prowadzenia opieki długoterminowej, pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz paliatywno- hospicyjnej.

STRATEGIA ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA 2007 –2015

CEL3 ZAPEWNIENIE WŁAŚCIWEJ OPIEKI OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU

- ◆ Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych.
- ◆ Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym.
- ◆ Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym.

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA NA LATA 2007 - 2015

Cel 9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

Oczekiwane efekty do roku 215

- ◆ propagowanie idei „aktywnego starzenia się”,
- ◆ uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym,
- ◆ zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia,
- ◆ zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych.

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA I ZDROWOTNA

- ◆ W 2025 r co piąty mieszkaniec Europy będzie miał 65 lat i więcej.
- ◆ W Polsce w 2020 r. odsetek ten wzrośnie do 19,4%, z 13,8% w 1995 r.
- ◆ „Starzenie pomyślne” (bez chorób i niesprawności) dotyczy tylko niewielkiej części populacji osób starszych.
- ◆ Najczęściej występuje wielochorobowość i niesprawność funkcjonalna.
- ◆ W chwili obecnej w Polsce ponad milion osób z powodu swojego stanu zdrowia jest niesamodzielnych i wymaga stałej opieki osób drugich.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

- ◆ Zapewnia powszechny, ciągły dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.
- ◆ Realizowana jest w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych.
- ◆ Ukierunkowana na promocję i profilaktykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności.

ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE REHABILITACJI

- ◆ Istotny element procesu leczenia.
- ◆ Główne cele rehabilitacji :
 - utrzymanie lub przywrócenie zdolności do samodzielnego funkcjonowania, szczególnie w zakresie podstawowych czynności życia codziennego,
 - usprawnianie poszczególnych narządów czy układów, w których występuje dysfunkcja.

ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE GERIATRII

- ◆ Celem medycyny geriatrycznej jest zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności pacjenta,
- ◆ Kompleksowa ocena geriatryczna pozwala na zdiagnozowanie problemu i wybór optymalnego postępowania terapeutycznego,
- ◆ Geriatra, opiekujący się osobami starszymi – co wymaga podkreślenia - nie zastępuje lekarza rodzinnego, a jedynie z nim współdziała.
- ◆ Kadra: lekarze specjaliści -125; w trakcie spec. 102
pielęgniarki specjalistki - 98 w trakcie - 45

ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

- ◆ Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie opieki długoterminowej realizowane są w/ przez:
- ◆ 1) oddziałach dla przewlekle chorych;
- ◆ 2) zakładach opiekuńczo – leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych (ZPO) (także dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym i/lub wentylowanych mechanicznie);
- ◆ 3) opiekę długoterminową realizowaną w warunkach domowych jako:
 - pielęgniarzką opiekę długoterminową realizowaną w domu chorego;
 - domową opiekę nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie.

Nowy produkt NFZ

- pielęgniarzka opieka środowiskowa

LICZBA ŁÓŻEK I LICZBA ZAKŁADÓW OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH I PIELEGNACYJNO-OPIEKUŃCZYCH -DANE GUS - STAN NA 31.12.2006

ROK	RODZAJ ZAKŁADÓW			
	Zakłady opiekuńczo-lecznicze		Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	
	Liczba łóżek	Liczba zakładów	Liczba łóżek	Liczba zakładów
1999	8 521	95	861	20
2000	9 633	126	1 800	49
2001	10 195	149	3 146	85
2002	11 868	182	3 821	103
2003	13 387	190	3 863	104
2004	13 439	227	4 595	119
2005	14 726	251	5 165	128
2006	16 552	300	4 847	119
<p>Podsumowanie: Rok 1999 – 115 zakładów o łącznej liczbie 9 382 łóżek. Rok 2006 – 419 zakładów o łącznej liczbie 21 399 łóżek. W 2007 roku umowy z NFZ realizowało 418 jednostek organizacyjnych udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.</p>				

LICZBA ŁÓŻEK I LICZBA ODDZIAŁÓW DLA PRZEWLEKLE CHORYTCH – DANE Z DOOZ –REJESTR ZOZ -STAN NA 4.09.2006

Województwo	Liczba oddziałów	Liczba łóżek
Dolnośląskie	11	248
Kujawsko-Pomorskie	7	158
Lubelskie	16	394
Lubuskie	0	0
Łódzkie	13	205
Małopolskie	11	247
Mazowieckie	4	60
Opolskie	0	0
Podkarpackie	3	87
Podlaskie	3	65
Pomorskie	1	25
Śląskie	7	194
Świętokrzyskie	1	14
Warmińsko-Mazurskie	2	15
Wielkopolskie	18	494
Zachodniopomorskie	5	111
Razem	102	2317

Średni czas oczekiwania w dniach do wybranych komórek organizacyjnych opieki długoterminowej – stan 31.12.2006 r. Źródło: dane NFZ

Oddział Wojewódzki	zespoły domowego leczenia tlenem	zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze	zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	pielęgniarska opieka długoterminowa
Dolnośląski	84	87	134	56
Kujawsko-Pomorski	35	56	116	64
Lubelski	174	123	50	20
Lubuski	0	45	60	0
Łódzki	53	25	48	20
Małopolski	0	259	88	34
Mazowiecki	128	83	73	40
Opolski	183	158	0	0
Podkarpacki	0	49	106	38
Podlaski	146	58	20	35
Pomorski	122	71	60	0
Śląski	89	155	58	0
Świętokrzyski	0	41	37	0
Warmińsko-Mazurski	73	22	52	54
Wielkopolski	249	26	52	23
Zachodniopomorski	0	27	45	0

ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ

- ◆ **Opieka paliatywna (WHO) jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia.**
- ◆ **Cel: poprawa jakości życia chorych i ich rodzin.**
- ◆ **Obejmuje: zwalczanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzi cierpienia psychiczne, duchowe i socjalne oraz wspomaga rodziny chorych.**
- ◆ **Realizowana w domu chorego, w specjalistycznych poradniach, oddziałach stacjonarnych opieki paliatywno-hospicyjnej i ośrodkach opieki dziennej oraz przez szpitalne zespoły wspierające.**

Dynamika zmian ilościowych wybranych komórek opieki paliatywnej w latach 2003-2007, dane opracowane przez Panią dr med. Małgorzatę Krajnik, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej.

lp	województwo	ilość łóżek					liczba zakładów				
		31.12.2003	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	17.09.2007	31.12.2003	31.12.2004	31.12.2005	31.12.2006	17.09.2007
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	DOLNOŚLĄSKIE	33	36	44	52	63	22	24	24	28	33
2	KUJAWSKO-POMORSKIE	36	40	45	52	51	17	19	23	26	25
3	LUBELSKIE	27	33	34	35	38	17	18	19	21	22
4	LUBUSKIE	21	25	30	28	27	14	14	16	15	14
5	ŁÓDZKIE	51	65	78	85	85	33	44	50	55	54
6	MAŁOPOLSKIE	32	32	38	47	47	25	25	29	31	33
7	MAZOWIECKIE	138	143	133	153	152	91	90	90	92	93
8	OPOLSKIE	26	26	39	45	48	7	6	10	13	13
9	PODKARPACKIE	23	25	31	43	47	13	14	20	27	29
10	PODLASKIE	18	21	32	33	32	10	12	15	14	13
11	POMORSKIE	47	57	55	55	55	28	32	30	30	30
12	ŚLĄSKIE	100	102	111	110	110	42	41	45	45	45
13	ŚWIĘTOKRZYSKIE	14	16	23	26	29	7	8	13	14	13
14	WARMIŃSKO - MAZURSKIE	52	43	47	47	50	32	27	27	27	28
15	WIELKOPOLSKIE	54	63	84	90	94	39	42	49	54	55
16	ZACHODNIOPOMORSKIE	19	20	27	40	43	15	15	17	22	24
17	RAZEM:	691	747	851	941	971	412	431	477	514	524

Dynamika zmian ilościowych wybranych komórek opieki paliatywnej w latach 2003-2007, informacje opracowane przez Panią dr med. Małgorzatę Krajnik, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej.

- ◆ Z posiadanych danych wynika, że w niektórych województwach istnieją zakłady, w których:
- ◆ występują komórki udzielające świadczeń wyłącznie dzieciom (woj. dolnośląskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, opolskie) oraz
- ◆ występują zakłady udzielające świadczeń zarówno dorosłym jak i dzieciom (woj. kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie, małopolskie, mazowieckie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie).

Działania podejmowane na rzecz rozwoju opieki paliatywnej w Polsce zaowocowały:

- ◆ 1/ utrwaleniem się medycyny i opieki paliatywnej zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jaki świadomości społecznej;
- ◆ 2/ poprawą dostępności do opieki paliatywnej, przejawiającej się zmniejszeniem „białych plam” (liczby powiatów bez dostępności domowych zespołów opieki paliatywnej);
- ◆ 3/ wprowadzeniem specjalizacji szczegółowej z medycyny paliatywnej dla lekarzy oraz z opieki paliatywnej dla pielęgniarek i wykształceniem pierwszych specjalistów;
- ◆ 4/ wprowadzeniem kształcenia przeddyplomowego z medycyny paliatywnej dla lekarzy w większości uczelni medycznych;
- ◆ 5/ wprowadzeniem elementów medycyny paliatywnej do programów specjalizacyjnych w niektórych dziedzinach (np. onkologia kliniczna, ginekologia onkologiczna, geriatrya);
- ◆ 6/ poprawą dostępności do różnych grup leków przeciwbólowych nie tylko w chorobie nowotworowej, ale także w niektórych przewlekłych zespołach bólowych nienowotworowych.

Działania podejmowane na rzecz rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zaowocowały:

- ◆ Ustawa pielęgnacyjna – Działania: 2006 -2007
 - ◆ Wypracowano projekt założeń do ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.
 - ◆ Nowy zawód opiekun medyczny – wpisany do rozporz. MEN z dnia 26.06.2006. We wrześniu 2007 r. rozpoczęto edukację. Grudzień 2007 -103 osoby zadeklarowały chęć przystąpienia do egzaminu.
 - ◆ Rok 2008 – kontynuacja działań w zakresie ustawy. Powołany został Zespół Zadaniowy ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności, Klub Senatorów Platformy Obywatelskiej
-

Działania podejmowane na rzecz rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zaowocowały:

- ◆ **Minister Zdrowia powołał także Radę do Spraw Osób Niezależnych.**
- ◆ przedstawianie propozycji rozwiązań systemowych w zakresie zaspokajania potrzeb osób niezależnych wynikających z analizy sytuacji epidemiologicznej i demograficznej,
- ◆ opracowanie propozycji dotyczących systemowego wykorzystania rehabilitacji dla zapobiegania powstawaniu niepełnosprawności i niezależności,
- ◆ opracowywanie i opiniowanie projektów dokumentów rządowych, w tym programów i aktów normatywnych dotyczących m.in.: rozwiązań systemowych zapobiegających powstawaniu niepełnosprawności i niezależności.

Działania podejmowane na rzecz rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zaowocowały:

- ◆ Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw geriatricznej. Celem prac Zespołu jest m.in.:
- ◆ opracowanie strategii rozwoju systemu opieki geriatricznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia;
- ◆ przygotowanie propozycji rozwiązań legislacyjnych i działań opartych o standardy europejskie, w tym działań mających na celu
- ◆ integrację systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w celu lepszej współpracy z zamiarem kompleksowego rozwiązywania potrzeb osób starszych i ich opiekunów rodzinnych w zakresie świadczeń zdrowotnych, opiekuńczych i socjalnych.

Źródła finansowania świadczeń w opiece długoterminowej oraz świadczeń w opiece paliatywno hospicyjnej

- ◆ NFZ w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno - opiekuńczym finansuje świadczenia zdrowotne, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania.
- ◆ Zgodnie z art. 34 a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn.zm.) osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania.
- ◆ W opiece paliatywno – hospicyjnej - pacjent nie ponosi żadnych kosztów związanych z zakresem udzielanych świadczeń. Finansowanie ośrodków opieki paliatywno - hospicyjnej dokonywane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w ramach zawartej umowy.
- ◆ Różnice w rozmieszczeniu placówek opieki paliatywnej powodują nierównomierny dostęp pacjentów do tego rodzaju opieki. Odnotowuje się mniej ośrodków opieki paliatywno - hospicyjnej w rejonach wiejskich, więcej blisko dużych miast.

PODSUMOWANIE

- ◆ Jakość życia osób starszych, w podeszłym wieku, niesamodzielnych warunkowana jest nie tylko dostępnością do świadczeń, ale także poziomem wiedzy opiekunów bezpośrednio zaangażowanych w proces bezpośredniej opieki oraz szeroko pojętej rehabilitacji.
- ◆ Ważnym elementem działań jest też informacja dla pacjenta /rodziny/opiekunów o możliwości uzyskania porady w zakresie kompensacji utraconej sprawności, doboru i wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego pielęgnacyjnego.
- ◆ Informacje te winny być przekazywane podczas wypisu z oddziału szpitalnego i placówek udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych oraz w innych jednostkach organizacyjnych gabinetach (lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty i innych pracowników ochrony zdrowia).
- ◆ Najważniejszym elementem jest dbałość i troska o własne zdrowie. Ochrona zdrowia odpowiada tylko w 10 % za nasze zdrowie.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

