

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (MZ 673)

I. Opis sytuacji problemowej

Intencją Projektodawcy jest przygotowanie regulacji, które minimalizują problem braku dostępności świadczeniobiorców do dziennej długoterminowej opieki medycznej, realizowanej w ramach opieki długoterminowej oraz braku możliwości zachowania ciągłości opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym świadczeniobiorcy, który ukończył 18 rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Zdaniem Projektodawcy, kwalifikacja świadczenia wraz z wyodrębnieniem warunków realizacji świadczenia dzienna długoterminowa opieka medyczna pozwoli na poprawę sprawności oraz aktywności świadczeniobiorców, którzy po zakończeniu hospitalizacji wymagają rekonwalescencji i wdrożenia elementów edukacji w zakresie usprawniania po okresie choroby oraz promocji zdrowia dla świadczeniobiorcy, przyczyni się także do poszerzenia wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, wydolności psychofizycznej, będzie miało wpływ na obniżenie wskaźnika ponownych hospitalizacji oraz odciążenie oddziałów szpitalnych w zapewnianiu opieki, która zapewnia dodatkowo proces usprawniania świadczeniobiorcy i wzmacniania jego umiejętności w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego.

Nowe świadczenie ma poprawić jakość życia, ograniczyć niepełnosprawności i zwiększyć dostępność do świadczeń z zakresu leczenia, opieki i pielęgnacji oraz fizjoterapii. Konieczne też jest dookreślenie zasad, na jakich możliwy jest pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczym świadczeniobiorcy, który ukończył 18 rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Wśród międzynarodowych przykładów, na których zamierza wzorować się Projektodawca są rozwiązania przyjęte w Kanadzie oraz Wielkiej Brytanii.

Jako pierwszy przykład wymienia się wytyczne odnoszące się do dziennych domów opieki osób dorosłych opracowane przez Ministry of Health Canada w 2016 roku:

- Celem stworzenia dziennych domów opieki osób dorosłych jest utrzymanie lub zwiększenie zdolności danej osoby do wykonywania czynności dnia codziennego.
- Dodatkowym celem było również zapobieganie przedwczesnemu przyjęciu do placówek opieki długoterminowej.
- Zaleca się stworzenie odrębnych dla danego regionu wytycznych związanych z kryteriami włączenia do dziennych domów opieki osób dorosłych.
- Świadczenia oferowane w domach opieki powinny być prowadzone przez specjalistów w danych dziedzinach tj. lekarzy pielęgniarki terapeutów zajęciowych, fizjoterapeutów, dietetyków czy też psychologów mających ukończone odpowiednie kursy i szkolenia.
- Każdy zgłoszenie osoby powinno być rozpatrywane w sposób indywidualny. Powinny być brane również możliwości posiadanych zasobów jeśli chodzi o wolne miejsca w danych placówkach.
- Każdy z pacjentów powinien otrzymać w sposób jasny rozpisany plan działania w danej placówce z określeniem dni oraz godzin funkcjonowania w domu opieki.
- Działania podstawowe jakie powinny być dostępne dla pacjenta w ramach opieki prowadzonej w dziennym domu to:
 - interwencje społeczne i rekreacyjne,
 - ćwiczenia relaksacyjne,
 - przekąski oraz obiad/kolacja,
 - opieka pielęgnacyjna np. kąpiele, przycinanie paznokci, pielęgnacja włosów,
 - opieka pielęgniarstwa.
- Również w ramach dziennych domów powinny być oferowane działania dodatkowe, do których zalicza się:

- interwencje rehabilitacyjne,
 - poradnictwo dietetyczne,
 - rozmowy z psychologiem,
 - stosowanie terapii behawioralnych,
 - pomoc przy robieniu zakupów.
- Każdy pacjent przebywający w dziennym domu opieki powinien mieć założoną kartę. Proponowane działania zaleca się odnotowywać w jego kartotece. Istotnym jest również rejestrowanie wszelkiego rodzaju zmian w sposobie zachowania, ewentualnej poprawie/pogorszeniu jego stanu zdrowia fizycznego oraz psychicznego.
 - Koszty związane z transportem pacjenta w celu dostania się do dziennego domu opieki powinny być refundowane. Takie podejście zapewni jego większą chęć uczestniczenia w zajęciach oferowanych w domu opieki.

Innym przykładem dobrych rozwiązań są wytyczne w zakresie opieki nad pacjentem przebywającym domu opieki przygotowane przez National Institute for Health and Care Excellence – NICE w 2015 roku (Wlk. Brytania):

- Wytyczne odnoszą się w szczególności do osób starszych (po 60 r. ż.), natomiast w domach opieki mogą również przebywać osoby młodsze, które ze względu na stan zdrowia kwalifikują się do świadczeń oferowanych w ramach takich jednostek.
- Personel prowadzący zajęcia z osobami starszymi powinien tworzyć zespół wielodyscyplinarny złożony ze specjalistów z danych dziedzin. Osoby te powinny mieć również ukończone kursy w zakresie opieki nad osobami w wieku podeszłym.
- Każdy z przyjętych pacjentów powinien mieć ogólnie określony indywidualny plan opracowany przez zespół specjalistów w danym domu opieki.
- Zaleca się zwrócenie uwagi na odpowiedni stopień nawodnienia pacjenta oraz przygotowania dla niego optymalnej diety opartej o zalecenia lekarza prowadzącego.

- Należy zapewnić pacjentom domów opieki posiłki oraz picie, a także różnego typu drobne przekąski w ciągu całego dnia, w tym poza regularnymi porami posiłków.
- Rozplanowanie poszczególnych części domu opieki nie powinno ograniczać pacjentów w interakcjach społecznych, aktywnościach ruchowych. Zaleca się, żeby budynki posiadały rozkład dzięki któremu pacjenci będą czuć się komfortowo. Powinna zostać zachowana prywatność oraz przestrzeń osobista do codziennego funkcjonowania.
- W możliwie dużym stopniu powinno rozwijać się wśród pacjentów domów opieki chęć do kontaktu z innymi osobami przez rozmowy „twarzą w twarz”.
- Dodatkowo powinno dążyć się do wykorzystywania dostępnych źródeł technologii np. możliwość korzystania z Internetu, telewizji.
- W ramach funkcjonowania w domu opieki pacjenci powinni mieć możliwość uczestniczenia w życiu społecznym jakim jest najbliższe otoczenia danego domu.
- W ramach rozwoju zachowań i relacji w społeczeństwie należy proponować pacjentom różnego typu formy wyjść zewnętrznych (np. w formie wycieczek).
- Istotnym jest, aby personel pracujący z osobami w wieku podeszłym w domach opieki był zaznajomiony z historią danego pacjenta (zdrowotną oraz osobistą), którym się opiekują i podchodził do niego z poszanowaniem.
- Należy również pamiętać o tym, że osoby starsze powinny być zaangażowane w podejmowanie decyzji. Nie zaleca się narzucania im odgórnie schematów postępowania. Opiekunowie powinni wykazywać wysoki poziom empatii i zrozumienia oraz podchodzić do każdego pacjenta w sposób indywidualny. Takie podejście może przekładać się na wzrost poczucia własnej tożsamości oraz na lepsze samopoczucie psychiczne.

W przypadku pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego należy kontrolować ich poczynania w szczególności w kontaktach z innymi starszymi osobami przebywającymi w domu opieki. Należy zadbać o ich bezpieczeństwo. Wszelkiego rodzaju zaburzenia powinny być zgłaszane zespołowi koordynującemu. Należy dokumentować wszelkie stwierdzone zaburzenia psychiczne pacjenta (np. częstotliwość oraz stopień nasilenia).

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci objęci opieką domową długoterminową powinni, w razie nieciągłości tej opieki, mieć prawo do kwalifikacji do świadczeń wskazanych rozporządzeniem?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	8	
Nie	0	

Nie mam zdania 2

1.

2. Czy Pani/Pana zdaniem pacjenci objęci opieką w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej powinni, w razie nieciągłości tej opieki, mieć prawo do kwalifikacji do świadczeń wskazanych rozporządzeniem?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
---------------------	-------	--------------------------------

Tak	9	
-----	---	--

Nie	0	
-----	---	--

Nie mam zdania	1	
----------------	---	--

3. Czy Pani/Pana zdaniem w celu podtrzymania efektów zdrowotnych świadczenia, świadczeniodawca powinien prowadzić działania monitorujące stan zdrowia świadczeniobiorcy?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
---------------------	-------	--------------------------------

Tak	8	
-----	---	--

Nie	0	
-----	---	--

Nie mam zdania	2	
----------------	---	--

4. Czy Pani/Pana zdaniem każdy z pacjentów powinien otrzymać w sposób jasny rozpisanym plan działania w danej placówce ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
---------------------	-------	--------------------------------

Tak	6	
-----	---	--

Nie 0

Nie mam zdania 4

Pytania otwarte:

1. Jakie Pani/Pana zdaniem dodatkowe działania pomogą zwiększyć dostępność świadczeniobiorców do dziennej długoterminowej opieki medycznej?
2. Jakie dodatkowe świadczenia oferowane w domach opieki powinny być prowadzone przez specjalistów w danych (jakich?) dziedzinach?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Biorąc pod uwagę interes pacjenta należy wskazać, że nieco zbyt wąsko określone zostały kryteria kwalifikacji do otrzymania świadczeń opiekuńczych. I tak, Projektodawca wskazuje, że w Polsce do świadczenia kwalifikuje się świadczeniobiorca wymagający ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, niewymagający hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40-65 punktów i jednocześnie spełnia co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) nieobjęcie opieką przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową;
- 2) nieobjęcie opieką przez zakład opiekuńczy udzielający świadczeń w warunkach stacjonarnych;
- 3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie;
- 4) nieobjęcie opieką w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej;

- 5) nieobjęcie opieką w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych;
- 6) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej lub uzależnienia.

Należy zgodzić się, że projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązania, powinny wpłynąć pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewniając dostępność i utrzymując odpowiednią jakość świadczeń gwarantowanych, szczególnie w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewniających ciągłość opieki w okresie rekonwalescencji po hospitalizacji. Przedmiotowa regulacja będzie też, zdaniem Projektodawcy, zapewniać osobom niepełnosprawnym i osobom starszym, na zasadach identycznych jak dla innych obywateli dostęp do nowych technologii medycznych kwalifikowanych do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Z punktu widzenia środowisk pacjenckich, pomimo pewnych zastrzeżeń, należy pozytywnie ocenić organizację udzielania świadczeń w zakresie odnoszącym się do następujących punktów:

1. Świadczenia gwarantowane są udzielane na podstawie skierowania, do którego dołącza się kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia dzienną długoterminową opieką medyczną.
2. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń, w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego, świadczeniodawca realizujący świadczenie zapewnia świadczeniobiorcy niezbędne specjalistyczne konsultacje lekarskie adekwatnie do potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorcy może być przeprowadzona bezpośrednio lub z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych. Specjalistyczna konsultacja lekarska nie zobowiązuje świadczeniodawcy do nawiązania stałej współpracy z lekarzem specjalistą w danej dziedzinie medycyny.
3. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń, w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego, świadczeniodawca realizujący świadczenie zapewnia świadczeniobiorcy niezbędne badania diagnostyczne.
4. Świadczeniodawca tworzy zespół specjalistów medycznych, który stale współpracuje z podmiotami sprawującymi opiekę nad osobami starszymi lub niepełnosprawnymi finansowanymi

ze środków samorządowych lub ze środków pomocy społecznej w celu zapewnienia i organizacji właściwej opieki w danym regionie.

5. Zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej jest obowiązany do przeprowadzania cotygodniowych narad w celu omawiania postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji świadczeniobiorcy oraz ustalania dalszego planu realizacji świadczenia w odniesieniu do każdego świadczeniobiorcy, któremu udzielane jest świadczenie.
6. Zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej realizuje narady, o których mowa w pkt 7, w składzie umożliwiającym realizację zadania opisanego w pkt 7. W uzasadnionych przypadkach, adekwatnie do potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, w naradach bierze udział lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub lekarz specjalista w dziedzinie geriatrici.
7. W celu realizacji zadania opisanego w pkt 7, zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej opracowuje i stosuje wewnętrzny system oceny postępów w procesie usprawniania i pielęgnacji, umożliwiającą analizę i ocenę przypadku każdego świadczeniobiorcy, któremu udzielane jest świadczenie.
8. Pod opieką jednego zespołu dziennej długoterminowej opieki medycznej pozostaje jednocześnie co najwyżej 15 świadczeniobiorców.
9. Czas realizacji świadczenia jest ustalany indywidualnie przez zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej i nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i nie dłuższy niż 120 dni roboczych.
10. Czas realizacji świadczenia może być skrócony z ustalonych 30 dni roboczych w przypadku dobrowolnej rezygnacji świadczeniobiorcy oraz w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wymagającego realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).
11. W okresie pierwszych 20 dni roboczych realizacji świadczenia zaleca się, aby liczba i częstotliwość udzielanych świadczeniobiorcy procedur medycznych w zakresie świadczenia odbywała się w czasie nie krótszym niż 8-10 godzin dziennie, nie mniej niż 5 dni w tygodniu. W kolejnych dniach realizacji świadczenia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeniobiorcy procedur medycznych w zakresie świadczenia może być dostosowywana (zmniejszana lub zwiększana) w zależności od indywidualnych potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorcy, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

12. Godziny i dni pobytu świadczeniobiorcy w podmiocie świadczeniodawcy w celu realizacji świadczenia mogą być dostosowywane indywidualnie z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorcy
13. Zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej dokonuje oceny świadczeniobiorcy:
- 1) w 1-3 dniu roboczym po rozpoczęciu realizacji świadczenia - w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, stanu odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów, np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenia występowania niewydolności krążenia lub ryzyka upadków;
 - 2) w 25-30 dniu roboczym po rozpoczęciu realizacji świadczenia - w zakresie oceny efektów podjętych działań; jeżeli w wyniku oceny, u świadczeniobiorcy stwierdzono postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, dokonywana jest modyfikacja przyjętego planu realizacji świadczenia. Wskutek dokonanej oceny może być podjęta decyzja o wydłużeniu czasu realizacji świadczenia. W przypadku stwierdzenia na podstawie dokonanej oceny, braku postępu w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego wskutek podjętych działań, należy zakończyć realizację świadczenia i przedstawić świadczeniobiorcy lub jego opiekunowi informacje o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej;
 - 3) w dniu zakończenia realizacji świadczenia - w zakresie kolejnej oceny stanu zdrowia świadczeniobiorcy. W uzasadnionym przypadku zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej ma obowiązek zasięgnąć stanowiska pracownika socjalnego wykonującego swoje zadania na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.), który przeprowadził ocenę możliwości dalszego pobytu świadczeniobiorcy w miejscu jego zamieszkania lub pobytu po zakończeniu udzielania świadczenia, warunków mieszkaniowych oraz sytuacji rodzinnej i socjalnej świadczeniobiorcy. Między innymi w oparciu o stanowisko pracownika socjalnego zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej może podjąć decyzję o skierowaniu świadczeniobiorcy do podmiotu świadczącego pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej.



14. Po zakończeniu realizacji świadczenia, zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej, w odniesieniu do każdego świadczeniobiorcy, w celu podtrzymania efektów zdrowotnych świadczenia prowadzi działania monitorujące stan zdrowia świadczeniobiorcy i samodzielne wykonywanie czynności życia codziennego przez świadczeniobiorcę oraz prowadzi działania stymulujące świadczeniobiorcę do samodzielnego funkcjonowania polegające na:
- 1) przeprowadzeniu wizyt domowych (1-2 wizyty) przez fizjoterapeutę zespołu dziennej długoterminowej opieki medycznej, podczas których uczy świadczeniobiorcę lub opiekuna wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych i udziela konsultacji w zakresie podtrzymania w warunkach domowych efektów zdrowotnych świadczenia w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu realizacji świadczenia;
 - 2) przeprowadzeniu co najmniej 1 rozmowy telefonicznej przez personel realizujący świadczenie dziennej długoterminowej opieki medycznej (po wcześniejszym ewentualnym wyznaczeniu opiekuna świadczeniobiorcy), monitorujących stan zdrowia pacjenta w okresie do 6 miesięcy po zakończeniu wsparcia (1-3 rozmów telefonicznych w zależności od stanu zdrowia świadczeniobiorcy oraz współpracy ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna świadczeniobiorcy;
 - 3) nawiązaniu współpracy personelu dziennego domu opieki medycznej z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w przepisach ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217, z późn. zm.) w uzasadnionym przypadku, wynikającym z potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorcy.
15. W uzasadnionym przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego świadczeniobiorcy, świadczeniodawca nawiązuje współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.
16. Świadczeniodawca regularnie przeprowadza analizę i ocenę efektów działań podjętych przez zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej po zakończeniu realizacji świadczenia oraz efektów zdrowotnych utrzymujących się u świadczeniobiorcy. Wynik analizy i oceny jest udostępniany Narodowy Fundusz Zdrowia.
17. Kontynuację leczenia w ramach innych zakresów świadczeń gwarantowanych lub skierowanie świadczeniobiorcy do podmiotu świadczącego pomoc instytucjonalną przeprowadza się i realizuje w oparciu o istniejące przepisy.

Świadczenie niestety nie obejmuje działań podejmowanych przez pracownika socjalnego ani też nie obejmuje wyżywienia świadczeniobiorcy oraz transportu do i z miejsca realizacji świadczenia.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projekt



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

