

# O dramatycznej sytuacji w opiece długoterminowej

Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych



**O**pieka długoterminowa w polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonuje od kilku lat, jednakże świadczeniodawcy nadal borykają się ze skutkami braku polityki rządu w tym obszarze. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) jednostronnie decyduje o dostępności, zakresie i warunkach realizacji opieki, nie ponosząc żadnej odpowiedzialności za naruszenie podstawowych zasad, które powinny rządzić rynkiem świadczeń zdrowotnych, tj.: powszechności, wiarygodności finansowej i jakości. Całe ryzyko drastycznego niedoszacowania stawki za tzw. osobodzeń opieki zostało przerzucone na świadczeniodawcę, czyli zakłady opieki długoterminowej. To negatywne zjawisko obserwowane jest na terenie całego kraju. Publiczne i niepubliczne zakłady opieki długoterminowej funkcjonują w niezwykle skomplikowanej sytuacji wywołanej uregulowaniami prawnymi nie pasującymi do obecnej sytuacji prawnej i faktycznej.

Podkreślenia wymaga fakt, że NFZ przystając z pozycji monopolisty narzucił wszystkim publicznym i niepublicznym zakładom opieki długoterminowej warunki

uniemożliwiające realizację świadczeń określonych umową, m.in. poprzez:

- \* drastyczne kryteria kwalifikacyjne (tylko osoby obłożnie chore, niezdolne do samoopieki),
- \* około 60% niedoszacowanie stawki za osobodzeń opieki,
- \* znaczne rozszerzenie zakresu świadczeń leczniczych w stosunku do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (np. diagnostyka na poziomie lekarza POZ, pokrywanie kosztów konsultacji specjalistycznych, obowiązek bezpłatnego zaopatrzenia pacjenta we wszystkie leki i środki pomocnicze oraz materiały medyczne),
- \* brak finansowania wysokich kosztów leczenia skutków zaniedbań pielęgnacyjnych powstałych w trakcie leczenia szpitalnego, takich jak odleżyny, przykurcze, niedożywienie, odwodnienie, zakażenia bakteryjne, itp.

Dodatkowo zakłady ponoszą znaczną szkodę w związku z ustawowym narzuceniem znacznego niedoszacowania w opłatach za pobyt, zgodnie z zasadą: „250% najniższej emerytury, ale nie więcej niż 70% dochodu pacjenta”. Wyjaśnienia wymaga różne ustawowe podejście do tej kwestii. Ustawa o ZOZ odrębnie traktuje zakłady publiczne i niepubliczne, stanowiąc, że w niepublicznych zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych ustalanie wysokości opłat za udzielone świadczenia zdrowotne należy do organu, który utworzył ten zakład. Natomiast ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie bierze pod uwagę, że świadczeniodawca niepubliczny koszty utworzenia i utrzymania bazy lokalowej w całości pokrywa ze środków prywatnych i traktuje wszystkie zakłady jednakowo.

Ponadto, NFZ mając świadomość narzuczonego niedoszacowania świadomie wprowadza w błąd pacjentów, którzy są przekonani, że NFZ finansuje pełen koszt świadczeń zdrowotnych, w tym także tę część kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie, której nie mogą oni pokryć ze względu na niskie dochody.

Pacjenci, popierani w swych roszczeniach przez NFZ, żądają od świadczeniodawcy usługi za opłatę znacznie poniżej jej rzeczywistych kosztów. Co należy odczytywać wprost jako wymuszenie, by świadczeniodawca pokrywał koszty pobytu pacjentów ze swoich prywatnych środków, gdyż

nie można kosztów pobytu pokrywać ze środków otrzymanych z NFZ (ustawowe zastrzeżenie). Nie ma też wskazanego innego źródła pokrycia tego niedoboru.

Tak więc ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wymusza na świadczeniodawcy by obciążał personel zakładu znaczną częścią kosztów świadczenia, które nie jest świadczeniem zdrowotnym i nie jest objęte finansowaniem ze środków publicznych, co stoi w oczywistej sprzeczności z całym systemem prawnym obowiązującym w Polsce.

Pomijanie przez NFZ rzeczywistych kosztów opieki przekłada się na skandalicznie niską jakość opieki i bezpośrednie zagrożenie zdrowia pacjentów i opiekującego się nimi personelu.

Ze względu na pogarszającą się kondycję zakładów opieki długoterminowej, mimo trwających obecnie w Ministerstwie Zdrowia prac nad projektem ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, konieczne jest pilne wprowadzenie zmian do ww. aktów prawnych. Zmiany te pozwolą przygotować właściwy grunt do wdrożenia ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Najistotniejsze są tutaj właściwe zasady kierowania i kwalifikowania oraz odnoszące się do rzeczywistych kosztów zasady finansowania tej opieki.

Poza zmianami w prawie równie ważne jest nakreślenie kierunków rozwoju opieki długoterminowej, szczególnie w kontekście narastającego braku pielęgniarek. Należy brać pod uwagę, że pielęgniarki aktualnie pracujące w Domach Pomocy Społecznej (DPS), pielęgniarki domowe oraz pielęgniarki środowiskowe i rodzinne nie zostaną zastąpione nowymi kadrami pielęgniarstwowymi. Nie ma żadnych przesłanek by sądzić, że przy tak drastycznym braku pielęgniarek, pozyska się do pracy poza szpitalami absolwentów z tytułem licencjata czy magistra pielęgniarstwa. Już obecnie, powszechnie obserwuje się poważne trudności w zabezpieczeniu obowiązujących norm zatrudnienia we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej, także długoterminowej.

Z uwagi na powyższe, NFZ oceniając poziom zatrudnienia w zakładach opieki długoterminowej, gdzie podstawowym zakresem działania jest wzmocniona pielęgnacja, powinien uwzględniać opiekunki.



Zajęcia dla pensjonariuszy w jednym z zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w Toruniu