

OPIEKA potrzebuje opieki

Elżbieta Szwałkiewicz

Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa niepełnosprawnych i przewlekle chorych

W związku z restrukturyzacją świadczeń szpitalnych uznano społeczną potrzebę rozwoju różnych form opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej. Aktualnie w Polsce funkcjonuje około 400 stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej. Narodowy Fundusz Zdrowia każdego roku zwiększa liczbę kontraktowanych świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, ale jednocześnie utrzymuje niemal 50% tych świadczeń przez niedoszacowanie stawki za osobodzeń opieki, co nie pozwala ZOL i ZPO na realizowanie opieki w zakresie i na zasadach ustalonych w umowie ze świadczeniodawcą. Jest to główna przyczyna braku standaryzacji świadczeń i ich niskiej jakości.

Brak wiedzy

Moje dotychczasowe doświadczenia we współpracy najpierw z Kasami Chorych i Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych, a następnie z Narodowym Funduszem Zdrowia wskazują na fakt przejścia przez NFZ kompetencji kreowania polityki zdrowotnej. Jest to tendencja bardzo niebezpieczna, gdyż NFZ politykę tę wytycza według swojej aktualnej sytuacji finansowej bez wdawania się w szczegóły praktycznej działalności w poszczególnych działach systemu. Pracownicy NFZ opracowujący założenia do finansowania świadczeń zdrowotnych patrzą na kwestię finansowania świadczeń zdrowotnych przez pryzmat swoich dotychczasowych doświadczeń zawodowych (najczęściej specjalistycznych lekarskich), a to czego nie znają jest dla nich mniej ważne. Z braku wiedzy i umiejętności postrzegania systemu jako całości ulegają wpływowi i naciskom różnych znakomitości świata medycznego i w efekcie dochodzi do ograniczania dostępności do świadczeń dla bardzo dużej grupy osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i w podeszłym wieku.

W latach 90-tych intensywnie rozwijała się specjalistyczna opieka paliatywno-hospicyjna, wdrażana na terenie kraju przez krajową i wojewódzkie rady opieki paliatywno-hospicyjnej. Kilka lat później, nowe-

lizacja ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z póź. zm.) stworzyła możliwość tworzenia zakładów opieki długoterminowej wprowadzając obok zakładu opiekuńczo-leczniczego nową formułę zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Jeden rodzaj świadczenia?

Kasa Chorych ujęła opiekę długoterminową oraz paliatywno-hospicyjną jako jeden rodzaj świadczenia. Dlaczego? Nie rozumiem tego, gdyż nie widzę tu ani uzasadnienia merytorycznego ani ekonomicznego. Chyba, że łączne ujęcie obu dziedzin poprawia ich wizerunek na tle innych dobrze rozwiniętych i daje złudny obraz, że z opieką długoterminową nie jest tak źle. Takie podejście Kas Chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia do obu dziedzin usankcjonował Art. 15 ust. 2 pkt 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, sformułowanie „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną“.

Z uwagi na specyficzną sytuację zdrowotną pacjentów kwalifikujących się do opieki paliatywno-hospicyjnej (specjalistyczna opieka lekarska i pielęgnarska w schyłkowej fazie życia) i do opieki długoterminowej (wzmoczona opieka pielęgnarska), jedyne wspólne dla obu dziedzin elementy to świadczenia pielęgnarskie, w tym podstawowa pielęgnacja obejmująca swoim zakresem utrzymanie higieny ciała, pomoc w przemieszczaniu i pomoc w przyjmowaniu posiłków. Jednak filozofia podejścia pielęgnarskiego do pacjenta umierającego i do pacjenta, który musi nauczyć się żyć ze swoją chorobą i niesprawnością przez wiele lat, są zupełnie inne. Tak więc ustawowe usytuowanie specjalistycznej lekarsko-pielęgnarskiej opieki paliatywno-hospicyjnej w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych należy traktować jako oczywistą pomyłkę. Tym bardziej, że oprócz istotnych różnic merytorycznych, są zasadnicze różnice w sposobie finansowania. W opiece paliatywno-hospicyjnej koszt całego świadczenia pokrywa NFZ,

a w opiece długoterminowej wprowadzono zasadę współfinansowania przez pacjenta świadczenia, w zakresie kosztów jego pobytu w zakładzie. Ten zapis ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie z pewnością poprawiony.

Z definicji ustawowej (art. 32c oraz 32d ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) wynika wprost, że pacjent do obu zakładów opieki długoterminowej nie jest kierowany w związku z koniecznością stacjonarnego leczenia choroby przewlekłej (hospitalizacja), ale w związku z koniecznością ograniczenia lub eliminacji skutków tej choroby, poprzez stacjonarną profesjonalną pielęgnację i rehabilitację.

Jak interpretować

Zgodnie z definicją świadczenie zdrowotne w ZOL obejmuje pielęgnację i rehabilitację, a w ZPO pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuację leczenia. Mimo, że w definicji zakładu opiekuńczo-leczniczego nie ma ujętego leczenia, ustawodawca narzucił ZOL-om zapewnienie środków farmakologicznych. Ten obowiązek nie został zawarty w ZPO, który ma zapewnić kontynuację leczenia.

Z braku oficjalnej interpretacji, Kasy Chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia podjął próbę zróżnicowania zakresów świadczeń w ZOL i ZPO. Wbrew definicji ustawowej ZOL-om nadawano charakter zakładów leczniczych, a ZPO pielęgnacyjnych. Intencje te znalazły odbicie jedynie w zróżnicowaniu stawki za osobodzeń na korzyść ZOL. Jest to niezrozumiałe, gdyż porównując definicje zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, nie ma możliwości skategoryzowania, właściwej dla każdego z tych zakładów, grupy pacjentów. Nie można także zróżnicować zakresu świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. NFZ narzucił obu zakładom takie same zasady kwalifikowania do opieki, taki sam zakres świadczeń, takie same warunki ich realizacji, w tym zapewnienie leków, diagnostyki, konsultacji specjalistycznych itd. Tym samym stawki za opiekę powinny być identyczne.

W ustawie o ZOZ - pacjent opieki długoterminowej, został opisany jako osoba nie wymagająca leczenia szpitalnego, która potrzebuje pielęgnacji, opieki i rehabilitacji.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) w Art. 15 ust. 1 stanowi, że świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie.

Natomiast według NFZ opieką długoterminową mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub choroby, których sprawność do samoopieki oceniona na podstawie skali Barthel, nie przekracza 40 pkt i którzy jednocześnie wymagają świadczeń pielęgniarstwa, kontynuacji leczenia i rehabilitacji. Opieką ZOL i ZPO nie mogą być objęci pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej i terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Wprowadzone przez kasy chorych, a potem przez Narodowy Fundusz Zdrowia ograniczenie dostępności do świadczeń poprzez jedyne kryterium kwalifikacyjne do opieki stacjonarnej i domowej - sprawność do 40 pkt w Skali Barthel, budzi powszechne wątpliwości. W praktyce oznacza to ograniczenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla 2/3 osób z spośród wszystkich potrzebujących. Wielokrotnie podkreślałam, że Skala Barthel, w wielu krajach Europy Zachodniej stosowana jest do obliczania poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, a tym samym do ustalania kosztów osobowych opieki. Pacjenci do 40 pkt w Skali Barthel z reguły wymagają około 300 minut opieki indywidualnej przeznaczonej głównie na podstawową pielęgnację, tj. utrzymanie higieny ciała, pomoc w przemieszczaniu i pomoc w przyjmowaniu posiłków. Należy pamiętać, że Skala ta jest nieprzydatna do określenia stanu zdrowia i zakresu niezbędnej pomocy medycznej.

Za mało pieniędzy

Sądzę, że wprowadzone ograniczenie dostępności do świadczeń wynika głównie ze zbyt małych środków finansowych przeznaczonych przez NFZ na opiekę długoterminową. NFZ zastrzegając sobie prawo wyłączności do decydowania o kwalifikowaniu pacjentów do opieki długoterminowej, wyrażające się radykalnym podejściem urzędników NFZ do ustalonej granicy 40 pkt, uniemożliwił tym samym prowadzenie w tych zakładach sensownej terapii spraw-

niającej. Przyjęcie przez urzędników NFZ założenia, że każde przekroczenie 40 pkt ma skutkować wypisaniem pacjenta z zakładu lub uzyskaniem indywidualnej zgody płatnika na dalszy pobyt, zaprzecza przyjętemu przez NFZ celowi opieki w ZPO i ZOL - tj. usprawnianie pacjenta do samoopieki i przygotowanie do pobytu w domu.

Art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi, że osoba przebywająca w publicznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w zakładzie, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Ustawodawca nie uwzględnił, że w zmiennej ustawie o pomocy społecznej problem odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej został rozwiązany poprzez ustawowe zobowiązanie mieszkańca do pokrycia rzeczywistych kosztów pobytu. W przypadku, gdy kwota w wysokości 70% miesięcznego dochodu mieszkańca nie pokrywa ustalonej opłaty, ustawa zobowiązuje rodzinę i gminę do współpłacenia za pobyt w DPS.

W efekcie ustawodawca w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w Dziale II - Publiczne zakłady opieki długoterminowej - Art. 34 a oraz Ustawy z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, narzucił zakładom publicznym odpłatność za pobyt nie odnosząc się w żaden sposób do rzeczywistych kosztów tego świadczenia i nie podając źródła sfinansowania powstałego niedoboru finansowego. Kwota 70 % przychodów miesięcznych pacjenta jest z reguły niższa od rzeczywistych kosztów pobytu, gdyż emerytury i renty w Polsce są bardzo niskie, a wielu pacjentów ma tylko rentę socjalną. Ponadto pacjentom, którzy przebywają w publicznym ZOL czy ZPO

odbiera się zasilek pielęgnacyjny, mimo, że z powodu szczególnych potrzeb zdrowotnych przebywają w zakładzie, w którym muszą opłacać pobyt z własnych środków.

Większa świadomość NTM

Równoległe do rozwoju opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej nastąpiła duża zmiana w podejściu do problematyki nietrzymania moczu. Na skutek intensywnego oddziaływania edukacyjnego firm produkujących środki pomocnicze, materiały i sprzęt medyczny mający zastosowanie w pielęgnowaniu osób z problemem nietrzymania moczu oraz środowiska pielęgniarstwa, poprawiła się jakość opieki i standardy utrzymania higieny. Niestety, aktualnie w naszym kraju obowiązuje tylko częściowa refundacja na materiały chłonnae moczu i zestawy do zbiórki moczu. Limity cenowe i ilościowe są niewystarczające. Np. limity na cewniki zewnętrzne nie były zmieniane w Polsce od 1998 r. i należy podkreślić, że poprzednio (przed wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych) były one refundowane w 100%, a dodatkowo w ubiegłym roku wprowadzono na te produkty podatek VAT. W większości krajów Unii Europejskiej obowiązuje 100% refundacja na ww. produkty. Na szczęście mimo znacznego oporu ze strony NFZ udało się przeformować otwarty system zaopatrzenia w środki pomocnicze i zakończyć erę przetargów ogłaszanych przez NFZ, w efekcie których tylko zakup produktów niektórych firm był refundowany z budżetu NFZ.

Paradoks

Narzucone przez kasy chorych, a następnie NFZ zasady obowiązujące przy kierowaniu do publicznego ZOL czy ZPO nie uwzględniają uregulowań rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r., w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Kierowanie do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zgodnie z ww. rozporządzeniem na podstawie decyzji administracyjnej organu założycielskiego, często stoi w sprzeczności z wymogami kwalifikacyjnymi jakie na zakład nakłada Narodowy Fundusz Zdrowia. Wprowadzenie przez





NFZ swoich własnych zasad spowodowało, że w praktyce niemożliwe jest przestrzeganie w całości obowiązującego prawa i dyrektorzy zakładów lawirują między aktami prawnymi narażając się na zarzuty organu założycielskiego i NFZ.

Warunki umowy narzucone przez NFZ, w kontekście ustawy o ZOZ, są skrajnie niekorzystne dla zakładów opieki długoterminowej i niemożliwe do zrealizowania w ramach ustalonej przez NFZ stawki za osobodzeń opieki.

Sytuację zakładów świadczących opiekę długoterminową należy rozpatrywać poprzez pryzmat drastycznego kryterium kwalifikacyjnego, zobowiązującego zakłady do przyjmowania wyłącznie obłożnie chorych, niezdolnych do samoopieki ludzi. Najczęściej zakłady muszą sobie radzić z wielochorobowością, ranami przewlekłymi, stanami wegetatywnymi. NFZ, mając świadomość rzeczywistych kosztów opieki nad tymi osobami, narzucił tym zakładom cenę za świadczenie pokrywającą zaledwie koszty osobowe na poziomie nieco wyższym niż najniższe ustawowe wynagrodzenie.

Konieczne jest wyeliminowanie zjawiska przerzucenia, przez NFZ, wszystkich konsekwencji zaniżonego poziomu finansowania na zakład i świadomego wprowadzania w błąd pacjentów, którzy są przekonani, że NFZ finansuje pełen koszt świadczeń zdrowotnych.

Ustalona przez NFZ dla wszystkich zakładów zasada niedoszacowania stawki za osobodzeń opieki (świadczenia zdrowotne) i wprowadzenie przez ustawodawcę zasady odpłatności za pobyt nie odnoszącej się do rzeczywistych kosztów, doprowadziła do narastającego zadłużania się zakładów opieki długoterminowej w Polsce co może skutkować ich likwidacją. Szczególnie jest to niebezpieczne dla zakładów funkcjonujących samodzielnie poza strukturami szpitala, które nie mogą dołożyć swego zadłużenia do zadłużenia szpitala.

Nie ma danych

Nadal brak jest pełnych danych statystycznych dotyczących osób chorych, wymagających wzmoczonej stacjonarnej lub domowej opieki pielęgniarstwie. W tej sytuacji, do czasu precyzyjnego zdiagnozowania potrzeb w planowaniu poziomu zabezpieczenia świadczeń w obszarze opieki długoterminowej, NFZ posługuje się krajowym planem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie planów wojewódzkich, sporządzonych w oparciu o istniejącą infrastrukturę ochrony zdrowia i liczbę udzielonych świadczeń. Ponieważ z informacji udzielanych przez NFZ wynika, że corocznie zwiększa ilość świadczeń kontraktowanych w obszarze opieki długoterminowej,

powstaje złudne wrażenie, że w Polsce funkcjonuje wystarczająca infrastruktura opieki długoterminowej, do której można przesunąć pacjentów wymagających dłuższego leczenia szpitalnego. Niestety, to nie jest prawda. Są limity, kryteria kwalifikacyjne ograniczające dostępność do świadczeń dla znacznej grupy pacjentów i absurdy urzędnicze wynikające z niewiedzy, gdyż jest to nowy i jeszcze obcy dla naszego systemu rodzaj świadczeń zdrowotnych. Stąd może dążyć NFZ by stacjonarnej opiece długoterminowej narzucić cechy opieki szpitalnej.

NFZ uporczywie odmawia odniesienia się do rzeczywistych kosztów świadczeń w opiece długoterminowej i urealnienia stawki, i jednocześnie wymusza przekształcenie szpitalnych oddziałów dla przewlekłe chorych w ZOL oraz ZPO. NFZ postanawiając, że od 2006 roku zaprzestanie finansowania oddziałów dla przewlekłe chorych, nie bierze pod uwagę prostego faktu, że do ZOL i ZPO kieruje się chorych ludzi, którzy nie kwalifikują się do hospitalizacji do oddziału dla przewlekłe chorych i kieruje się osoby wymagające ze względu na stan zdrowia leczenia szpitalnego.

Rozwiązanie większości problemów w opiece długoterminowej wymaga nowelizacji dotychczasowych przepisów prawnych i ustalenia dalekosiężnej polityki w tym obszarze.

Nowy lek na pęcherz nadreaktywny już w sprzedaży!

Od 1 sierpnia br. w polskich aptekach można zakupić na receptę Vesicare (solifenacyne) - nowy lek na pęcherz nadreaktywny. Vesicare jest selektywnym lekiem cholinolitycznym, blokującym receptory muskarynowe i tym samym redukującym objawy towarzyszące nadreaktywności pęcherza moczowego, takie jak: częstomocz, parcie naglące i związane z nim nietrzymanie moczu. Preparat przyjmuje się raz dziennie.

Dotychczasowe badania wykazały dużą skuteczność leku w leczeniu objawów nadreaktywności wypieracza przy niewielkich objawach ubocznych - 74% pacjentów oceniło go jako satysfakcjonujący. Po leczeniu Vesicare zupełne ustąpienie nietrzymania moczu uzyskano u 52% pacjentów. Porównując solifenacyne z innymi antycholinergicami

stwierdza się, że preparat ten posiada większą skuteczność niż dotychczas stosowane leki.

Producent leku - firma Astellas (dawna Yamanouchi) - informuje, że zakup leku z częścią lub całkowitą refundacją będzie na razie niemożliwy z powodu braku refundacji na rynku polskim dla leków przeciwmuskarynowych.

MK

Co z duloksetyną?

Wciąż nie wiadomo, jakie będą losy duloksetyny - nowego leku na wysiłkowego NTM o nazwie handlowej Yentreve. W sierpniu 2004 r. lek został zarejestrowany przez Komisję Europejską w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej.

Duloksetyna nadal jednak nie można zakupić w Polsce. Jest natomiast dostępna w sprzedaży na receptę m.in. w Niemczech

i na Słowacji. W Niemczech zakup Yentreve jest refundowany w 100%, natomiast na Słowacji w 95%.

KC

Karta kredytowa affinity BISE Integracja skończyła rok

Kartę kredytową Mastercard „Integracja” typu *affinity* (charytatywna) wydał przed rokiem (październik 2004) Bank BISE we współpracy ze Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji.

Karta wspiera Fundusz „Pierwszy Krok”, który pomaga młodym osobom ze złamanym kręgosłupem. Bank BISE przekazuje 50% przychodów z tytułu otrzymywanych od punktów handlowo-usługowych prowizji za dokonanie każdej transakcji bezgotówkowej za pomocą karty.

W ciągu roku wydano 1300 kart Integracja i przekazano na rzecz Funduszu Pierwszy Krok 17 tys. zł. Użytkownicy karty, nie ponosząc żadnych dodatkowych kosztów, pomagają młodym ludziom z urazami kręgosłupa, albowiem gromadzone dzięki karcie środki są przeznaczone na stypendia, dopłaty do czesnego w szkołach prywatnych, szkolenia zawodowe oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz specjalistycznego.

Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji to organizacja pozarządowa istniejąca od 1995 roku i działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych poprzez wspieranie ich przedsięwzięć, a także promocję idei integracji społecznej i zawodowej tych osób z resztą społeczeństwa. Stowarzyszenie prowadzi liczne kampanie społeczne. Główne działania Stowarzyszenia mają charakter informacyjno-edukacyjny i prowadzone są głównie poprzez wydawany od 10 lat magazyn „Integracja”, Centrum Informacyjne dla Osób Niepełnosprawnych oraz portal www.niepelnosprawni.info. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji należy do Europejskiej Federacji na rzecz Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych CEEH (Confederation Europeenne pour l'Emploi des Handicapes).

Fundusz „Pierwszy krok” powstał na mocy porozumienia pomiędzy Fundacją Sue Ryder oraz Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji. Maksymalna wysokość dofinansowania dla jednej osoby wynosi 4,5 tys. złotych. Jednak warunkiem otrzymania dofinansowania jest udokumentowanie własnego udziału w kosztach w wysokości min. 10 % wartości przedmiotu dofinansowania. Po dotację w ramach Funduszu zgłaszać się mogą osoby do 30 roku życia oraz te, które uległy wypadkowi do 5 lat wstecz.

MW



**Jedyny miesięcznik dla lekarzy
z wkładką dla pacjenta!!!**

**Zamów roczną prenumeratę,
a informator dostaniesz – gratis!!!**

**Jesteśmy doradcą dla Ciebie
i Twojego pacjenta!!!**

Praktyka i Klinika Medyczna
ul. Świętochowskiego 2, 05-071 Sulejówek
tel. (0 22) 783 92 89, tel./fax: (0 22) 783 90 49