

# Perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce

**Elżbieta Szwałkiewicz**

Krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Od kilku lat w polskim systemie ochrony zdrowia dokonuje się restrukturyzacja świadczeń zdrowotnych. W szpitalach nie ma już pacjentów przewlekle chorych wymagających wzmożonej pielęgnacji. Znacznemu skróceniu uległ też czas hospitalizacji. W zamian miała pojawić się opieka długoterminowa. Niestety zabrakło na nią środków finansowych a w wielu przypadkach restrukturyzacja okazała się pozorna, przeprowadzana bardzo często pod hasłem: "utrzymanie miejsc pracy". Polegało to między innymi na zmianie nazwy na przykład oddziału noworodkowego na zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Dyrektorzy ZOZ-ów, dokonujący restrukturyzacji, najczęściej nie mieli żadnej wiedzy z zakresu opieki długoterminowej i godzili się na każdą, zaproponowaną przez kasę chorych, stawkę za tzw. osobodzień. Kwota ta stanowiła 2/3 niezbędnych, dla podstawowej pielęgnacji, środków. Dlatego obecnie mamy opiekę długoterminową o bardzo niskiej jakości świadczeń.

## Chorzy godzą się na wszystko

Z powodu ogromnego deficytu tych świadczeń na rynku zdrowotnym, chorzy godzą się na wszystko, co im system proponuje. Z założenia opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Jej realizacja następuje w zakładzie lub w domu chorego. Ustawa przewiduje częściową odpłatność poprzez pokrywanie przez pacjenta kosztów wyżywienia i zakwaterowania w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej. Wzorem domów pomocy społecznej, odpłatność tę ustalono na poziomie do 70 procent dochodów. Niestety nasze społeczeństwo jest bardzo biedne i z reguły ma zbyt niskie dochody aby pokrywać rzeczywiste koszty pobytu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Ponoszą one z tego tytułu znaczące straty i zadłużają się.

## Dla kogo opieka?

Do opieki długoterminowej kwalifikują się osoby z przewlekłą chorobą, skutkującą pogłębiającą się niepełnosprawnością. Są to chorzy, którzy nie radzą sobie w życiu codziennym, w utrzymaniu własnej higieny i samoopieki. Jednocześnie nie nadają się do leczenia szpitalnego ale wymagają stałej profesjonalnej opieki, szczególnie pielęgniarstwie. Dlatego w zakładach opieki długoterminowej 80 procent kosztów stanowią koszty osobowe.

Zaniżona stawka za osobodzień wymusza na zakładach ograniczenie zatrudnienia, w efekcie chorzy otrzymują opiekę wątpliwej jakości.



## Rosną potrzeby

Od kilku lat realizuję w Olsztynie projekt pod nazwą *Kompleksowa Opieka Długoterminowa* "Niebieski Parasol". Według naszego rozpoznania, w województwie warmińsko-mazurskim mieszka około 6000 osób, które bezwzględnie wymagają opieki długoterminowej; objętych zaś nią zostało około 500 osób. Do 2030 roku przybędzie w tym regionie 107,5 tys. osób o ograniczonej zdolności adaptacji do zmieniających się warunków życia.

Szacuje się, że w 2030 roku na 150 osób (całej populacji) 1 osoba będzie wymagała wzmożonej opieki pielęgniarstwie. Z dotychczasowych obserwacji wynika, że 95 procent z nas, jeże-

li dożyje wieku podeszłego, będzie: niedołączna, niedowidząca, głucha, otyła, niesprawna ruchowo.

## Wielu zachoruje na parkinsonizm lub cukrzycę.

Już dzisiaj jest to poważny problem do rozwiązania, gdyż duża i coraz szybciej narastająca grupa osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych potrzebuje pomocy w codziennej egzystencji. Ludzie poszukujący pomocy dla swoich bliskich natykają się na brak pielęgniarek, opiekunek i pomocy domowych, realizujących swe usługi czy to w systemie pomocy społecznej czy też ochrony zdrowia.

W województwie warmińsko-mazurskim żyje, przypomnijmy, około 6000 osób bezwzględnie wymagających usług pielęgniarstwie i opiekuńczych, w tym 3000 osób osiąga w samoopiece zaledwie od 0 do 10 punktów w skali D. Barthel. Jest to skala, która określa umiejętności człowieka w zakresie samoobsługi, na przykład w spożywaniu posiłków, korzystania z toalety czy ubierania się. Człowiek w pełni niezależny osiąga 10 punktów w każdej dziedzinie samoobsługi. Im mniejsza liczba punktów, tym bardziej pacjent jest uzależniony od innych. Jego przetrwanie zależy od pomocy innych!

Tymczasem Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie szacuje, że aktualny niedobór pielęgniarek w naszym województwie wynosi ok. 15-20 procent zatrudnionych w tym sektorze (około 1500 osób). W stosunku do obecnych potrzeb, brakuje 500 pielęgniarek. Niedobór będzie rósł proporcjonalnie do przyrostu osób starzejących się. Należy tu przypomnieć, że wszystkie szkoły pielęgniarstwie zostały zamknięte i kształcenie pielęgniarek odbywa się tylko na poziomie wyższym z bardzo ograniczoną liczbą absolwentów. Ponadto nie mamy zawodów pomocniczych typu asystentka pielęgniarstwie. Niestety,

obecna dramatyczna sytuacja finansowa w ochronie zdrowia nie napawa optymizmem.

Nie tylko zła sytuacja finansowa determinuje rozwój opieki długoterminowej ale także postawa społeczeństwa. Bariere stanowi również stopień poziomu wiedzy o procesie starzenia i związanym z nim stanem nieudolności psycho-fizycznej u każdego z nas oraz niepokojące postawy wobec tego procesu. Polacy nie myślą o swej starości i nie identyfikują się z ludźmi starymi. Wielu z nich irytuje fakt, że pracuje na emeryta. Coraz więcej osób nie widzi siebie w roli osoby sprawującej opiekę nad rodzicami, dziadkami. Mieszkańcy miast wyrażają chęć, z powodu braku odpowiednich warunków, umieszczenia swoich bliskich w zakładach służby zdrowia lub pomocy społecznej. Społeczeństwo polskie nie jest zatem gotowe do przyjęcia odpowiedzialności za swoje życie i zabezpieczenia się

w razie niepełnosprawności i niedołączności starczej. Jednocześnie brak jest szerokiej dyskusji społecznej poszukującej odpowiedzi na pytanie, kto będzie nad nami sprawował opiekę i kto pomoże aktualnie oczekującym na pomoc.

## Dodatkowe ubezpieczenia

Dyskusja taka jest niezbędna, jeżeli chcemy uzyskać przyzwolenie społeczne na wprowadzenie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na opiekę długoterminową.

Należy zastanowić się, jaki pakiet świadczeń powinien się znaleźć w ubezpieczeniach powszechnych, a jaki w dodatkowych.

Sądzę, że pakiet podstawowy, finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, powinien zawierać podstawową pielęgnację i leczenie zarówno w formie stacjonarnej jak domowej.

Wymaga to szczegółowego opisanie standardu tych świadczeń. Natomiast dodatkowe ubezpieczenie powinno obejmować świadczenia ponadstandardowe np. długotrwałą rehabilitację, usprawnianie, koszty pobytu i zakwaterowania w zakładach stacjonarnych, koszty specjalistycznych opatrunków, środków pomocniczych, sprzętu pielęgnacyjnego i rehabilitacyjnego.

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne wydają się być jedynym skutecznym sposobem na stworzenie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz poprawę jakości opieki nad przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. Decydenci i kreatorzy polityki zdrowotnej powinni dążyć do możliwie szybkiego wprowadzenia ubezpieczeń na opiekę długoterminową. Może wtedy poczujemy się trochę bezpieczniej w tej skomplikowanej i biednej rzeczywistości, w jakiej przyszło nam żyć i starzeć się.

## Czeka nas to samo

Mariusz Gorajek  
Biuro Ubezpieczeń  
Zdrowotnych  
PZU Życie SA



Nie sposób nie zgodzić się z prognozami dotyczącymi nieuniknionego powiększenia się grupy osób wymagających wzmożonej opieki pielęgniarstwiej. Wynika to zarówno z wydłużania się średniej długości życia jak i stopniowej poprawy warunków życia.

Publiczny system finansowania opieki zdrowotnej już w tej chwili cierpi na niedobór środków, nie ma również przesłanek by sądzić, że w następnych latach sytuacja ta się poprawi.

Przy braku perspektyw zwiększenia dostępnych środków w systemie publicznym, inicjatywa wprowadzenia dobrowolnych lub nawet obowiązkowych ubezpieczeń opieki długoterminowej jest ze wszech miar godna rozważenia. Tym bardziej, że ubezpieczenie opieki długoterminowej mogłoby spotkać się ze stosunkowo pozytywnym przyjęciem zarówno u decydentów jak i u potencjalnych odbiorców. Nawet w tak bogatych krajach jak

Niemcy publiczne środki nie są w stanie zapewnić opieki wszystkim potrzebującym, dlatego wprowadzono tam ubezpieczenia obowiązkowe opieki długoterminowej. Polskę prawdopodobnie czeka to samo.

## Refundacja wyłącznie dla DPS

Marek Kopcik  
Paul Hartmann  
Polska, sp z o.o.  
Pabianice



Domy Pomocy Społecznej mają notorycznie obcinane dotacje pieniężne, wymaga się od nich natomiast utrzymania i spełniania określonych standardów. Brakuje zatem pieniędzy na elementarne potrzeby. Na środki pomocnicze praktycznie ich nie ma. Nieliczne jednostki kupują środki pomocnicze z własnego budżetu; większość korzysta z wniosków refundacyjnych, które wystawia lekarz na indywidualnego pacjenta zamieszkałego w DPS-ie i ten z własnych pieniędzy (z końcówki renty lub innego świadczenia, jakie pobiera) sam je finansuje. Od dwóch lat można zaobserwować, że coraz częściej pacjenci chcą kupować produkty nie tyle do-

brej jakości (w rozsądnej cenie) ale jak najtańsze, które siłą rzeczy są gorsze jakościowo. Dla przykładu, za pieluchomajtki lepszej jakości pacjent dopłaca 30 - 32 zł, za pieluchy gorszej jakości 27 -28 zł do wniosku na 60 szt. Różnica jest więc niewielka w skali miesiąca ale zużycie całkiem inne. O ile pieluchę lepszej jakości trzeba zmieniać 3-4 razy dziennie o tyle gorszej jakości 5-8 razy dziennie. Rachunek ekonomiczny wydaje się prosty. Pacjenci jednak jak i personel patrzą tylko na cenę jednostkową danego produktu. Ta sytuacja uzmysławia nam, jak ciężko jest w tych placówkach, jeżeli pacjent chce oszczędzić każdą złotówkę nawet kosztem swojego samopoczucia i problemów związanych z koniecznością ciągłej kontroli zużycia danego środka pomocniczego.

Z nieoficjalnych informacji wynika, że NFZ zamierza zabronić wystawiania wniosków refundacyjnych na środki pomocnicze dla osób z problemem nietrzymania moczu, przebywających w placówkach opieki długoterminowej i chce, aby te środki zapewniał im dany DPS. Bez zmiany sposobu finansowania umrą one śmiercią naturalną lub staną się zbiorowymi "umieralnikami".