

Zasady finansowania opieki długoterminowej

Grażyna Śmiarowska

Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Opieka długoterminowa to wyodrębniony pod koniec lat dziewięćdziesiątych, dział medycyny, który zgodnie z założeniami realizuje świadczenia zdrowotne wobec osób przewlekle chorych i niezdolnych do samodzielnej egzystencji niezależnie od wieku czy rodzaju schorzenia.

Podopiecznymi są chorzy w stosunku, do których zakończony został proces leczenia, rehabilitacji czy intensywnej terapii, nadal wymagający pomocy w realizacji podstawowych potrzeb życiowych. Pomoc tę realizują profesjonalni opiekunowie (lekarze, pielęgniarki, opiekunki medyczne, fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psychologowie i logopedzi).

Dla kogo opieka?

Pacjentami są osoby w stanach apalicznych, z głębokimi demencjami, z uszkodzeniami mózgu, z przewlekłymi jednostkami chorobowymi układu nerwowego, krążenia czy kostno-stawowego oraz innymi. Wymagają oni leków, diagnostyki, terapii, a przede wszystkim pielęgnacji.

Kwalifikacja pacjentów do opieki długoterminowej odbywa się na podstawie Skali Barthel. W zależności od tego, ile punktów w tej skali osiągną, to:

– przy ocenie na poziomie 5 do 40 punktów zostaną przyjęci do zakładu opieki długoterminowej z gwarancją podstawowych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych,

– przy ocenie na poziomie 0 punktów (pacjent całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji) zostaną przyjęci do zakładu opieki długoterminowej i uzyskają pakiet świadczeń rozszerzony m.in. o opiekę lekarza i pielęgniarki anestezjologicznej, większą liczbę fizjoterapeutów, możliwość żywienia dojelitowego lub dożylnego, większy dostęp do specjalistycznej aparatury.

Zróznicowana została także stawka pieniężna za pacjenta w zależności od liczby punktów mu przypisanych. Podstawowe świadczenie wycenione zostało od ok. 50 zł do 71 zł. za każdy dzień pobytu (w zależności od regionu Polski), natomiast w stosunku do osób zakwalifikowanych na poziomie 0 punktów koszt

osobodnia opieki obliczony został na podstawie przelicznika – stawka podstawowa razy wskaźnik korygujący 2,8.

Błędny system

Zasady te wydają się przejrzyste, jednakże skomplikowany system przyjęcia pacjenta do placówki opieki długoterminowej, wprowadzenie restrykcyjnych, niejasnych i bardzo często nieprzemysłanych zasad udzielania tych świadczeń potęguje chaos. W takiej sytuacji łatwo jest przerzucić odpowiedzialność na świadczeniodawców za złe funkcjonowanie całego systemu.

Pierwszym błędem jest to, że w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, wydaje się decyzję administracyjną na udzielanie świadczenia medycznego. Decyzja ta musi spełniać określone wymogi: powinien być określony m.in. czas przyjęcia i czas pobytu (w przypadku chorób przewlekłych i niestabilności zdrowotnej tych pacjentów jest to jak wróżenie z fusów).

Następnie określone zostały bardzo wysokie wymagania kwalifikacyjne personelu (w żadnym z rodzajów świadczeń zdrowotnych nie ma aż takich wymagań) – 25% zatrudnionych pielęgniarek musi posiadać specjalizację z opieki długoterminowej. Ponadto należy zatrudnić pielęgniarki anestezjologiczne w wymiarze 25 % ogółu zatrudnionych pielęgniarek, niezależnie od tego czy pacjentów w skali Barthel sklasyfikowanych na poziomie 0 punktów jest 2 czy 100 (brak jest także określonych zadań, jakie mogłyby te pielęgniarki wykonywać). W przypadku pacjentów w skali Barthel sklasyfikowanych na poziomie 0 punktów należy zatrudnić fizjoterapeutów 1 na 4 podopiecznych (dla przykładu w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnych – leczniczym jest 1 fizjoterapeuta na 10 pacjentów). Należy również zatrudniać lekarzy specjalistów (anestezjologów, neurologów, psychiatrów).

Niedoszacowanie kosztów wprowadzenia tych standardów jest sprawą powszechnie znaną, Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził więc w 2008 roku inne zasady finansowania. Zlikwidował finansowanie pacjentów określa-



nych jako apalicznych lub wegetatywnych i wprowadził zasadę, że każdy pacjent, który według skali Barthel sklasyfikowany zostanie na poziomie 0 punktów będzie finansowany z wskaźnikiem korygującym 2,8 do stawki podstawowej. Jednocześnie NFZ zwiększył stawkę osobodnia wówczas o ok. 50%.

Miało być pięknie

Przyszłość jawiła się pięknie. Ale niestety krótko trwała radość, bo okazało się że:

1. Utrzymano w umowach zapis dotyczący maksymalnego poziomu finansowania. W konsekwencji oznacza to, że z jednej strony powinno się limitować świadczenia, ale z drugiej strony, jeżeli wydana jest decyzja administracyjna, nie ma podstaw do odmowy świadczenia. Nie można też przenieść tego pacjenta do innej placówki, bo po prostu takich placówek nie ma.

2. Zaczęto też ograniczać możliwość zakwalifikowania pacjenta do poziomu 0 punktów (bo przecież wiązało się to z większym poziomem finansowania), m.in. poprzez wprowadzenie zapisów, że osoba może uzyskać 0 punktów tylko i wyłącznie wtedy, gdy ma założoną sondę czy gastrostomię. W praktyce nie ma to nic wspólnego z zaburzeniami połykania czy z jakąkolwiek samodzielnością w tym zakresie.

Taki całkowicie nielogiczny zapis ogranicza możliwość zakwalifikowania tych chorych do grupy, która mogłaby uzyskać wyższy poziom finansowania, a przez to większe możliwości poprawy jakości życia. Bo przecież nikomu chyba nie przyjdzie do głowy, żeby dla chęci zysku zakładać pacjentom sondy? ■