

# Czy „kompleksowość” w opiece długoterminowej zbuduje jakość?

Anna Jarosz



Fot. successphoto - stock.adobe.com

Opieka długoterminowa w Polsce jest świadczona przez różne podmioty stacjonarne i domowe, publiczne i niepubliczne. Obejmuje ona całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej i szeroko rozumianej opieki pielęgniarstwa nad osobami przewlekle chorymi lub niesamodzielnymi, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia, mocą rozporządzenia, chce premiować w kryteriach konkursowych placówki, które będą miały do dyspozycji swoich podopiecznych łatwy dostęp do konkretnych oddziałów szpitalnych. Posunięcie to ma zapewnić kompleksowość działań w opiece długoterminowej.

**E**ksperci zajmujący się od lat opieką długoterminową z niepokojem przyjęli decyzję o nowych zapisach kontraktowania świadczeń w tym sektorze, ponieważ uważają, że zamiast budować wyższą jakość i dostępność świadczeń w opiece długoterminowej, paradoksalnie może dojść do ich obniżenia. Co więcej, poprzez przekształcanie za środki z KPO niektórych oddziałów w szpitalach powiatowych w zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) lub zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) obniża się szanse niepublicznych placówek opiekuńczych na pozyskanie kontraktu z NFZ, bo nie mają one zaplecza szpitalnego. A wracając do definicji, opieka długoterminowa jest dedykowana osobom, które nie wy-

magają hospitalizacji, osobom, które zakończyły proces leczenia czy specjalistycznej rehabilitacji. Poza tym pacjenci placówek opieki długoterminowej, jak wszyscy obywatele kraju, mają, w razie potrzeby, dostęp do badań specjalistycznych, konsultacji lekarskich czy pobytu w szpitalu. O co zatem chodzi? Zapytaliśmy o zdanie na ten temat osoby, które od lat pracują w opiece długoterminowej.

## Trzeba rozmawiać i słuchać

- Wprowadzenie dodatkowych punktów w kryteriach konkursowych dla placówek długoterminowych, które mają „zaplecze” szpitalne, nie jest zrozumiałe - mówi Lilia

Kimber-Dziwisz, konsultant wojewódzka w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w województwie mazowieckim. – *Już w 1998 roku uczestniczyłam w budowaniu podstaw opieki długoterminowej, kiedy to Polska włączyła się do projektu Banku Światowego wspierania opieki długoterminowej i opieki hospicyjnej. Celem programu było uwolnienie szpitali od pacjentów, u których zakończono już leczenie, ale oni sami nadal wymagali świadczeń pielęgniarstwo-opiekuńczych, bo nie byli samodzielni i w pełni sprawni. Z lepszymi bądź gorszymi rezultatami model ten funkcjonował i po drodze zmieniał się z korzyścią dla pacjenta. Przede wszystkim mogliśmy poszerzyć zakres świadczeń np. przez włączenie żywienia dojelitowego i pozajelitowego czy wentylacji mechanicznej. Kompleksowość rozumieliśmy jako pełnoprofilową opiekę w warunkach domowych lub w stacjonarnych placówkach. Gdy rodzina starała się niewydolna w opiece nad bliskim niesamodzielnym, lekarz POZ mógł wystawić skierowanie do placówki. I odwrotnie, kiedy w zakładzie opieki długoterminowej pacjent na tyle wrócił do sił, a rodzina miała czas na przygotowanie najbliższego otoczenia, mógł wrócić do domu, bo to jest środowisko, w którym najlepiej będzie się rehabilitował. W swojej blisko trzydziestoletniej pracy w opiece długoterminowej nie przypominam sobie sytuacji, żeby nie można było umieścić w szpitalu pacjenta będącego pod opieką długoterminową, jeśli zachodziła taka potrzeba, np. gdy pojawiło się nagle zachorowanie. W szpitalach nie było problemu z umieszczeniem naszych podopiecznych, bo dodatkowo wiadano, że po zakończeniu leczenia pacjent będzie ponownie przewieziony do ZOL-u lub ZPO. Obecnie zdarza się, że pacjenta zabranego z domu, nawet jeśli był pod długoterminową opieką domową, rodzina nie chce lub nie może odebrać ze szpitala. Hospitalizacja się przedłuża, a koszty rosną. Propozycja nowego rozporządzenia i inne rozumienie kompleksowości opieki długoterminowej zaskoczyły nie tylko konsultantów, ale i świadczeniodawców, którzy podkreślają, że nie daje równych szans podmiotom.*

– *Na Mazowszu mamy ponad 7,5 tys. świadczeniobiorców korzystających z opieki długoterminowej stacjonarnej* – dodaje Lilia Kimber-Dziwisz. – *Znacząca część tych*

*zakładów, oferująca profesjonalne świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, to zakłady niepubliczne. Spełniają one wszystkie wymogi formalne i świadczą usługi na bardzo wysokim poziomie. Nie widzę powodu, dla którego te placówki miałyby mieć gorsze warunki do kontraktowania świadczeń z NFZ. Nie wiem też, skąd troska o potrzebę lepszego dostępu do badań laboratoryjnych, prześwietleń, konsultacji itp. Przecież to wszystko było realizowane, gdy zachodziła taka potrzeba. Opieka długoterminowa to przede wszystkim opieka pielęgnacyjna i opiekuńcza. Dlaczego zatem placówka, która ma „za ścianą” oddział wewnętrzny czy chirurgiczny, ma otrzymać więcej punktów konkursowych niż placówka, która nie ma takiego zaplecza?*

Nasza rozmówczyni nie ukrywa, że patrząc przez pryzmat placówki, którą kieruje, powinna zacięć ręce, bo jej ośrodek działa w ramach szpitala specjalistycznego. Sprawia to, że nie musi się martwić o wysokość kontraktu z NFZ. Jednak jako konsultant wojewódzki dostrzeże nierówne traktowanie podmiotów świadczących te same usługi. Nieracjonalny system kontraktowania może doprowadzić do zamknięcia niektórych placówek. Jednocześnie nie kwestionuje pomysłu tworzenia ze środków KPO placówek opieki długoterminowej w szpitalach powiatowych, jeśli takowych nie ma na terenie danego powiatu.

– *Obawiam się, że jeśli w powiecie funkcjonuje dobrze*

*pracujący niepubliczny zakład opieki długoterminowej i powstanie nowy, przyszpitalny, to ten pierwszy będzie miał mniejsze szanse na dobry kontrakt z NFZ – mówi Lilia Kimber-Dziwisz. – Chciałabym się mylić w tej sprawie, ale placówka przyszpitalna będzie miała lepszy start. Wydaje się, że nowe rozporządzenie jest napisane pod tworzące się przyszpitalne ośrodki opieki długoterminowej. Wejście w życie nowego rozporządzenia jest jak wylączenie bezpiecznika, który dawał pacjentom szerszą ofertę opieki długoterminowej, często bliżej domu. Wiele ośrodków opieki długoterminowej funkcjonuje na zasadzie „szepowanej reklamy”. Pacjenci czy też ich rodziny polecają sobie placówki publiczne i niepubliczne, które rzeczywiście oferują kompleksową opiekę. Tam składają dokumenty z prośbą o umieszczenie bliskiego. Placówki nie-*



Fot. Jane - stock.adobe.com

publiczne mogą na tym sporo stracić, np. poprzez zmniejszenie kontraktu z NFZ.

Wiele placówek opieki długoterminowej ma kontrakty ważne do 2027-2028 roku. Do tego czasu są bezpieczne. Rozliczanie nowego rozporządzenia zacznie się za kilka lat, a jak się zakończy - nie wiadomo. W bardzo wielu krajach zabiega się o to, aby pacjenta wymagającego opieki długoterminowej wyłączyć ze struktur szpitalnych. Szkoli się opiekunów medycznych, którzy mają znaleźć zatrudnienie w domowej opiece długoterminowej, mają być wsparciem dla opiekunów nieformalnych.

- Nie jest tajemnicą, że w wielu szpitalach powiatowych zamyka się niektóre oddziały z powodu znacznych niedoborów kadrowych - mówi konsultantka. - Czy utworzenie oddziału opieki długoterminowej spowoduje, że personelu przybędzie? Obawiam się, że nie. Być może niepubliczne zakłady opieki długoterminowej poradzą sobie, ale odbędzie się to kosztem podopiecznych i ich rodzin. Jeśli przejdą na usługi komercyjne, niewiele osób będzie na nie stać, a przecież już dziś koszty pobytu w wielu zakładach są bardzo wysokie. To spowoduje ograniczenie dostępu do świadczeń opieki długoterminowej, a przecież chyba nie o to nam chodzi. Pomysł wprowadzenia dodatkowej punktacji konkursowej był krytykowany przez osoby,

które od wielu lat pracują w opiece długoterminowej, ale naszych uwag nie uwzględniono. Szkoda, bo zawsze warto korzystać z doświadczeń ekspertów. I jeszcze jedna uwaga: nie pokuszono się o analizę częstotliwości korzystania z hospitalizacji, porad specjalistycznych, czy badań przez osoby znajdujące się pod opieką długoterminową. Według szacunków to zaledwie 5, może 10 procent. Czy jest to powód do stawiania na głowie systemu, który nieźle funkcjonował? Oczywiście, można wiele jeszcze poprawić, ale aby tak się stało, trzeba rozmawiać i słuchać. Jestem optymistką, ale nie wróżę podniesienia jakości świadczeń opieki długoterminowej i jej kompleksowości w oparciu o nowe rozporządzenie. Poza tym nikt nie wziął pod uwagę faktu, że pacjenci opieki długoterminowej to nie tylko seniorzy i ludzie z demencją. To także osoby po urazach, wypadkach, udarach. To osoby, które wymagają szczególnej troski, często przez wiele, wiele lat. Bywa, że decydenci mają swoją wizję jakiegoś proble-

mu, ale praktycy na co dzień widzą niespójności w przepisach, różne ograniczenia i przeszkody. Radzą sobie, ale chyba nie o to nam chodzi. Dlatego powtórzę - trzeba rozmawiać i słuchać.

### Wykorzystajmy to, co już mamy

- O potrzebie kompleksowości działań w opiece długoterminowej rozmawiamy od kilku lat - mówi Magdalena Osińska-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. - Mówiąc o kompleksowości, rozumiemy przez to całościowe, zintegrowane i ciągłe podejście do osoby wymagającej wsparcia przez dłuższy czas. I tu trzeba wspomnieć o potrzebie koordynacji działań we wszystkich



Fot. SeventyFour - istockphoto.com

formach opieki długoterminowej. Trudno myśleć o kompleksowości działań czy opieki, jeżeli jest problem w samej koordynacji wszystkich działań, zaczynając od Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. To samo widzimy w regionach podczas świadczenia usług w ramach opieki długoterminowej. Jako praktyk z problemami kompleksowości spotykam się na co dzień. Pracując w środowisku domowym pacjentów, widzę, że nie tylko pacjenci, ale także ich bliscy (opiekunowie nieformalni) nie wiedzą i nie otrzymują rzetelnej informacji, gdzie udać się po wsparcie. Takich informacji nie ma także w przychodniach opieki podstawowej, MOPR-ach czy GOPS-ach.

Utrzymanie pacjenta w środowisku domowym jest uznawane za najtańszą i najbardziej racjonalną ekonomicznie formę opieki długoterminowej. Potwierdzają to zarówno polskie analizy systemowe, jak i badania międzynarodowe prowadzone w krajach Unii Europejskiej

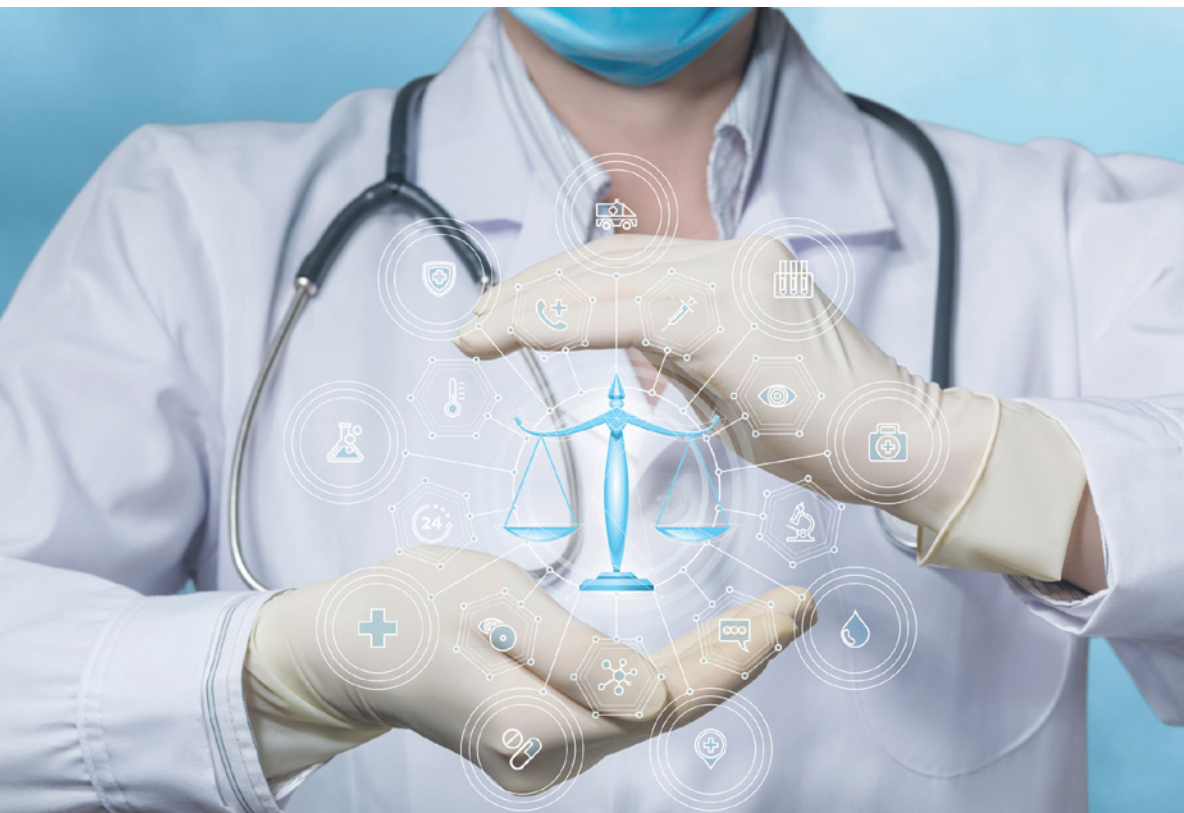
oraz przez organizacje takie jak OECD czy WHO. Opieka środowiskowa pozwala ograniczyć koszty infrastrukturalne, zmniejsza liczbę hospitalizacji oraz redukuje ryzyko powikłań typowych dla opieki instytucjonalnej, takich jak zakażenia szpitalne czy przyspieszona utrata sprawności funkcjonalnej.

Poza aspektem ekonomicznym ogromne znaczenie ma wymiar psychospołeczny. Pacjent przebywający w domu funkcjonuje w znanym sobie otoczeniu, ma poczucie bezpieczeństwa, podtrzymuje relacje rodzinne i społeczne, co istotnie wpływa na jakość życia. W wielu krajach rozwiniętych system opieki długoterminowej opiera

w większym stopniu charakter ekonomiczno-organizacyjny - jako forma wsparcia placówek borykających się z problemami finansowymi, a nie realne dążenie do podniesienia jakości świadczeń dla pacjentów niesamodzielnych.

Istotną rolę w systemie pełnią zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Są one przeznaczone dla osób, które zakończyły leczenie szpitalne i rehabilitację, lecz nadal wymagają opieki pielęgnacyjnej, nadzoru medycznego oraz pomocy w czynnościach dnia codziennego. Standardowo pacjent powinien zostać przyjęty do takiej placówki na

okres około trzech miesięcy. Po tym czasie przeprowadza się ocenę funkcjonalną (najczęściej przy użyciu Barthel Index), która pozwala określić poziom samodzielności chorego i podjąć decyzję o dalszym postępowaniu: przedłużeniu pobytu lub powrocie do środowiska domowego z odpowiednim wsparciem. Nie bez znaczenia pozostaje również aspekt finansowy jednostek samorządu terytorialnego. Gminy i powiaty już obecnie funkcjonują przy ograniczonych budżetach i często sygnalizują trudności



Fot. Natali\_Mis - istockphoto.com

się właśnie na modelu community-based care, czyli na wsparciu środowiskowym, a instytucjonalizacja stanowi ostateczność.

W tym kontekście koncepcja umiejscowienia opieki długoterminowej w szpitalach powiatowych budzi uzasadnione wątpliwości. Szpital jest placówką przeznaczoną do diagnostyki i leczenia ostrych stanów chorobowych. Pacjenci wymagający opieki długoterminowej to osoby, które zakończyły proces leczenia i rehabilitacji, jednak nie odzyskały pełnej samodzielności i potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Umieszczanie ich w strukturach szpitalnych nie odpowiada charakterowi ich potrzeb zdrowotnych, a dodatkowo generuje znacznie wyższe koszty systemowe.

Można odnieść wrażenie, że próby lokowania opieki długoterminowej w szpitalach powiatowych mają

w realizacji istniejących zadań z zakresu pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Nakładanie na nie dodatkowych obowiązków bez adekwatnego finansowania może prowadzić do destabilizacji lokalnych systemów wsparcia. Podsumowując, aby wykorzystać istniejącą bazę i dążyć do koordynacji usług regionalnie, opieka długoterminowa powinna być organizowana zgodnie z zasadą adekwatności miejsca do potrzeb pacjenta. Szpital nie jest właściwym środowiskiem dla osób, które nie wymagają już leczenia ostrego, ale wsparcia pielęgnacyjnego i funkcjonalnego. Najbardziej racjonalnym kierunkiem rozwoju systemu pozostaje wzmocnienie opieki domowej, w tym pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej oraz placówek takich jak ZOL i ZPO, przy jednoczesnym zapewnieniu stabilnego finansowania i regularnej oceny funkcjonalnej pacjentów.

### Potrzebny jest spójny system

- O potrzebie kompleksowości w opiece długoterminowej mówi się od dawna - przypomina Grażyna Śmiarowska, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej. - Przyznaję, że jest we mnie sporo goryczy z powodu treści zapisanych w nowym rozporządzeniu dotyczącym opieki długoterminowej. Nie powstało ono w celu poprawienia jakości świadczeń w opiece długoterminowej, ale po to, aby poszukać sposobów na poprawę sytuacji ekonomicznej szpitali powiatowych. Korzystając ze środków unijnych, szpitale powiatowe będą miały możliwość przekształcenia nierentownych oddziałów w oddziały czy zakłady opieki długoterminowej. Byłam zaproszona do grona, które miało ocenić projekt rozporządzenia przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Po zapoznaniu się z treścią rozporządzenia zrodziło się pytanie: dlaczego sytuacja szpitali powiatowych ma być ratowana kosztem opieki długoterminowej? Założeniem opieki długoterminowej jest objęcie opieką pacjentów po zakończonym procesie leczenia, którzy wymagają profesjonalnej długoterminowej pielęgnacji, opieki czy rehabilitacji przeciwdziałającej skutkom częściowego lub całkowitego unieruchomienia. Celem tych działań jest przywrócenie, zrekompensowanie lub utrzymanie utraconych funkcji.

- Z rozporządzenia wynika, że podmioty, które będą miały w swojej strukturze oddziały opieki długoterminowej i do dyspozycji poradnie specjalistyczne oraz różne oddziały będą wyżej oceniane niż placówki, bez takiego zaplecza - dodaje Grażyna Śmiarowska. - Jako ciekawostkę dodam, że w pierwszym projekcie rozporządzenia zakłady opieki długoterminowej miały mieć do dyspozycji także rezonans magnetyczny. Konsekwencją takiego rozumienia kompleksowości w opiece długoterminowej będzie przeniesienie tej formy opieki do szpitali. A nie o to chodzi. Na podstawie wieloletniego doświadczenia zawodowego wiem, że pacjenci w opiece długoterminowej chcą być jak najbliżej domu lub w domu. Ich opiekunowie nieformalni są zagubieni w systemie, czują się wyczerpani, bezradni, bo nie wiedzą, gdzie szukać wsparcia. Umieszczanie pacjentów wymagających opieki długoterminowej w placówkach przyszpitalnych nie wpłynie na podniesienie kompleksowości opieki.

Jak podkreśla Grażyna Śmiarowska, nie od dziś wiadomo, że najskuteczniejsze w powrocie do względnej samodzielności jest wsparcie rodziny lub innych bliskich osób. - A zatem dajmy opiekunom nieformalnym narzędzia, które pozwolą im wywiązywać się z tego zadania. Potrzebny jest spójny model opieki długoterminowej, wsparcie systemowe, które nieformalnego opiekuna bezkolidyjnie przeprowadzi przez wszystkie zawilości pozyskiwania sprzętu, dodatków, refundacji itd. Do tego nie jest potrzebne zaplecze szpitalne, bo - powtórzę - pacjentem opieki długoterminowej jest osoba po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji. W opiece długoterminowej opiekuna nieformalnego i formalnego nie zastąpi maszyna czy wyspecjalizowana technologia. Po-

trzebny jest człowiek reagujący na potrzeby podopiecznego. Praca opiekuna jest ciężka, obciąża psychicznie i fizycznie, dość szybko prowadzi do wypalenia zawodowego. To też trzeba brać pod uwagę i skupić się na promowaniu tych zawodów. Nie jest tajemnicą, że w szpitalach brakuje personelu, więc kto będzie się zajmował pacjentami oddziałów opieki długoterminowej?

Dzisiaj opieka nad osobami niesamodzielnymi jest rozproszona między różnymi jej formami. Są domy pomocy społecznej (DPS), zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa (PODD), pomoc społeczna, w tym opieka środowiskowa, ale każde świadczenie realizowane jest w oderwaniu od innych. Nie ma między nimi komunikacji i to także nie służy kompleksowości opieki nad osobami niesamodzielnymi i podnoszeniu jakości usług przez nie świadczonych. Jest także wiele niespójności ustawowych, które nie pozwalają na wzajemną współpracę.

### Przestańmy gadać, róbmy więcej

- Kompleksowość w opiece długoterminowej wpływa w znaczący sposób na jakość usług. Pod jednym warunkiem, że opieka realizowana przez różne podmioty będzie spójna, a podmioty będą ze sobą współpracowały i się komunikowały - mówi Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. - W mojej ocenie opieka długoterminowa potrzebuje zmian, ale takich, które będą wprowadzały wyższą jakość usług poprzez koncentrowanie się na potrzebach osoby niesamodzielnej. To jest czas, aby do opieki długoterminowej wprowadzić wymogi dotyczące zatrudniania opiekunów medycznych, których w opiece instytucjonalnej chyba najbardziej brakuje. Nawet w długoterminowej opiece domowej nie zawsze najbardziej potrzebna jest specjalistyczna pielęgniarstwo opieka medyczna i warto rozważyć wprowadzenie opiekuna medycznego. Wiele czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych może wykonać opiekun medyczny. Rolą pielęgniarki może być zlecenie i nadzorowanie jego pracy i tego, co dzieje się z podopiecznym. Dążymy do tego, aby pielęgniarka mogła decydować o skierowaniu pacjenta na zabiegi do fizjoterapeuty. O kompleksowości opieki długoterminowej wiele się mówi, ale wciąż brakuje elementów, które można skleić w całość. Jako specjaliści zajmujący się opieką długoterminową nie możemy zweryfikować informacji, czy pacjent, który np. opuścił szpital i był kierowany do opieki długoterminowej, już tą opieką został objęty. Cały szeroko rozumiany zespół terapeutyczny musi być w kontakcie, jeśli opieka ma być kompleksowa i na wysokim poziomie. Kompleksowość to także rozmowa o tym, co pacjentowi jest potrzebne, aby ustalić plan opieki nad nim. To bardzo kuleje. Najdotkliwiej odczuwają to opiekunowie nieformalni, którzy nie wiedzą, do kogo się zwrócić, gdzie szukać pomocy w sytuacjach awaryjnych czy nagłych, ale także w tych codziennych.

O kompleksowości i interdyscyplinarności wiele się mówi, ale nie idą za tym konkretne działania. Rodzą się różne ciekawe pomysły, ale nie ma działań, aby wdrożyć je w życie.

– Obecnie każdy podmiot porusza się w ramach swoich kompetencji. To rodzi wiele problemów dla podopiecznych i ich nieformalnych opiekunów. Aby coś załatwić, krążą od instytucji do instytucji. To najlepiej świadczy o jakości naszej „kompleksowości” – mówi Mariola Łodzińska.

Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia umożliwiające przekształcenie niektórych oddziałów w szpitalach powiatowych w zakłady opieki długoterminowej spotkało się z krytyką wielu osób.

– W mojej opinii, biorąc pod uwagę rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej, nie jest to najgorszy pomysł, ale mam wrażenie, że chyba bardziej chodzi tu o wydanie pieniędzy z KPO, a nie o rozsądne i przemyślane planowanie kompleksowej opieki długoterminowej. Dodam, że w rozdysponowaniu środków z KPO nie wzięto pod uwagę dofinansowania domowej opieki długoterminowej, która jest najlepszą formą takich usług. Przez lata podkreślano potrzebę deinstytucjonalizacji, czyli wyprowadzenia pacjentów niesamodzielnych ze szpitali. Obecnie idziemy w innym kierunku, więc można myśleć, że to forma dofinansowania szpitali powiatowych, których sytuacja finansowa jest trudna. Nie bierze się pod uwagę, że najtańszą i najbezpieczniejszą formą opieki jest opieka domowa. Specjalnych nakładów na tę opiekę nie ma. A przecież w domu pacjent czuje się najbardziej komfortowo, więc skoro myślimy o podniesieniu jakości usług, powinniśmy to uwzględnić – mówi Mariola Łodzińska. – W naszej, pielęgniarstwie ocenie, umieszczanie pacjentów niesamodzielnych jakby z automatu w oddziałach szpitalnych nie musi działać na ich korzyść. W wielu szpitalach nie respektuje się norm zatrudnienia pielęgniarzek m.in. z uwagi na brak przepisów, które dotyczą opieki długoterminowej i tym samym ogranicza się ich zatrudnianie, wobec czego brakuje personelu, co może w efekcie przekładać się na jakość opieki. Nie przekonuje także argument o łatwiejszym dostępie do badań laboratoryjnych, diagnostyki czy specjalistycznych konsultacji, bo większość pacjentów nie potrzebuje na co dzień takiej formy opieki. Więcej uwagi trzeba poświęcić zapobieganiu odleżynom, właściwej higienie, odpowiedniemu odżywianiu itd. Środki z KPO są dostępne zwykle przez 3–5 lat. Nie są dane na zawiesz. Co zatem stanie się ze szpitalnymi oddziałami długoterminowymi, gdy czas realizacji się zakończy? Czy przy trudnej sytuacji finansowej NFZ będą zabezpieczone środki, aby kontraktować świadczenia w tym zakresie, czy odbędzie się to kosztem innych podmiotów? Szpital powiatowy nie udźwignie tych kosztów. O tym też trzeba pamiętać. Już tworzyliśmy Dzielne Domy Opieki Medycznej (DDOM). Po wyczerpaniu się środków unijnych wiele z tych domów zamknięto. Nie chciałabym, aby nowy projekt podzielił losy DDOM-ów. Lepiej inwestować w to, co

już istnieje, rozwijać i wspomagać. Trzeba rozważyć, co jest tańsze, co jest korzystniejsze nie tylko dla systemu, ale także samych zainteresowanych. Dlaczego nie zainwestujemy w koordynatorów, którzy – na wzór opieki onkologicznej – będą prowadzili samego pacjenta czy jego opiekuna nieformalnego przez kolejne szczeble dobrego zorganizowania opieki, aby stała się ona rzeczywiście kompleksowa i skoordynowana? Od lat debatujemy o potrzebie zmian w opiece długoterminowej, ale niewiele robimy. Przestańmy gadać, zacznijmy działać, aby było lepiej.

### Równe szanse dla wszystkich

Zakłady, które świadczą opiekę długoterminową, niezależnie od tego, czy są placówkami publicznymi czy niepublicznymi, oczekują, że w konkursach na kontraktowanie świadczeń finansowanych przez NFZ będą miały równe szanse.

– Jesteśmy za przeprowadzaniem konkursów na świadczenia finansowane przez NFZ. Jednak muszą się one odbywać na jasnych i klarownych zasadach, tych samych dla wszystkich – mówi Andrzej Lejczak, prezes Krajowej Izby Domów Opieki. – Krajowy Plan Odbudowy przewiduje znaczące wsparcie finansowe dla szpitali powiatowych, skupiając się głównie na modernizacji infrastruktury, rozwoju opieki długoterminowej oraz geriatry. W Polsce jest zaledwie 559 aktywnych zawodowo geriatrów, więc tworzenie oddziałów geriatrycznych będzie trudne lub wręcz niemożliwe. Przekształcanie nierentownych oddziałów w szpitalach powiatowych w placówki opieki długoterminowej budzi też spore emocje wśród ekspertów, ponieważ opieka długoterminowa jest dedykowana osobom niesamodzielnym, ale tym, które nie wymagają opieki w warunkach szpitalnych. Poza tym ZOL-e, które powstaną w miejsce zlikwidowanych oddziałów, nie staną się rentowne, nawet jeśli kontrakty z NFZ będą pozyskiwały na preferencyjnych warunkach. To nadal będą małe oddziały na 30–40 łóżek, więc nadal będą ciągnęły szpitale w dół. Wśród członków naszej Izby (jest ich 304) mamy małe ZOL-e, które mają 20–30 łóżek objętych kontraktami z NFZ i 20–30 łóżek komercyjnych. Zabiegają o rozbudowę miejsc kontraktowanych, ale obawiają się, że na nowych warunkach kontraktowych nie będzie to możliwe. Konkursy muszą być przeprowadzane rzetelnie, bez preferencji dla którejś ze stron. Samo przekształcenie oddziału np. ginekologicznego w zakład opieki długoterminowej nie podniesie rentowności przedsięwzięcia, bo to można uzyskać, mając do dyspozycji 60–80 łóżek. 80 łóżek to też mała placówka, ale na tyle duża, aby zmniejszyć koszty jej funkcjonowania. Przy małej liczbie łóżek nie ma to, z ekonomicznego punktu widzenia, większego sensu. Jeśli w konkursach będzie się preferowało oddziały opieki długoterminowej działające przy szpitalach, zahamujemy rozwój placówek niepublicznych, które dobrze działają i chcą zachować konkurencyjność. Generalnie zmniejszy się dostępność opieki długoterminowej.