

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków

Okres realizacji programu: 2018-2023

autor programu: Gmina Miejska Kraków

Spis treści

I. Opis problemu zdrowotnego.....	3
1. Problem zdrowotny	3
2. Epidemiologia	5
3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu	8
4. Obecne postępowanie.....	8
5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	12
II. Cele programu.....	14
1. Cel główny	14
2. Cele szczegółowe.....	14
3. Oczekiwane efekty	14
4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu	15
III. Adresaci Programu (populacja programu).....	16
1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	16
2. Tryb zapraszania do Programu	16
IV. Organizacja programu	16
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.....	16
2. Planowane interwencje	17
3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników	19
4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu	20
5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	21
6. Spójność merytoryczna i organizacyjna	21
7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	21
8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji	22
9. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu	22
10. Dowody skuteczności planowanych działań	24
V. Koszty	25
1. Koszty jednostkowe.....	25
2. Planowane koszty całkowite	26
3. Źródła finansowania, partnerstwo	27
4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne... ..	27
VI. Monitorowanie i ewaluacja.....	28
1. Ocena zgłaszalności do programu	28
2. Ocena jakości świadczeń w programie.....	28
3. Ocena efektywności programu	28
4. Ocena trwałości efektów programu	29
Załącznik nr 1.....	31

I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Istnieje potrzeba podejmowania działań ukierunkowanych na wsparcie opieki nad **osobami niesamodzielnymi** (w tym osobami starszymi). W szczególności wsparcia wymagają osoby niesamodzielne powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.

Osoba niesamodzielną to osoba, która z powodu długotrwałego lub trwałego upośledzenia funkcji organizmu (**niepełnosprawności**) w następstwie choroby, urazu lub wieku, dla zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych wymaga pomocy osoby drugiej.¹

Pojęcie niesamodzielnności nie funkcjonuje jednak w polskim systemie prawnym. W *ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r.* zdefiniowano to pojęcie w sposób następujący: **niezdolność do samodzielnej egzystencji**, która oznacza naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.²

Według wyników ostatniego spisu ludności (najnowsze dostępne dane) prawie 4,7 mln osób w Polsce (tj. ponad 12% populacji) określiło swój stan zdrowia jako niezadawalający, tj. stwierdziło problemy zdrowotne (kalectwo lub chorobę przewlekłą), które długotrwale ograniczają możliwość wykonywania codziennych czynności. Wśród tej zbiorowości osób ponad 2,5 mln osób to ludzie starsi – w wieku co najmniej 60 lat, co w 2011 r. stanowiło ponad połowę (54%) zbiorowości osób niepełnosprawnych.³

Obniżanie sprawności psychofizycznej, prowadzące do niepełnosprawności postępuje wraz z wiekiem. Seniorzy odznaczają się zmniejszoną odpornością i osłabieniem reakcji obronnych, niestabilnością środowiska wewnętrznego. Występuje u nich również polipatologia (współistnienie wielu chorób) a skuteczne leczenie chorób utrudniają zacierające się charakterystyczne objawy chorobowe albo objawy nietypowe. Cechą charakterystyczną jest występowanie chorób przewlekłych. Najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi są: choroba nadciśnieniowa, reumatoidalne zapalenia stawów, choroby kości, niedokrwienne choroby serca. Wiele osób starszych choruje także na miażdżycę, powodując zawały serca czy udary mózgu. Zmiany w obrębie mózgu prowadzą natomiast do ciężkich i nieuleczalnych schorzeń, jak demencja, choroba Parkinsona czy choroba Alzheimera. W rezultacie ciężka, przewlekła choroba może doprowadzić do stanu tak zwanego niedołęstwa starczego, w którym senior staje się niezdolny do wykonywania codziennych czynności życiowych, wymaga stałej opieki i pomocy. Niedołęstwo starcze może też występować bez wyraźnych przyczyn chorobowych lub być efektem nagromadzenia się różnych schorzeń. Starzenie się jest również czynnikiem zwiększającym ryzyko chorób nowotworowych. W okresie starczym mogą występować również patologie związanej z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Otepienie lub choroba psychiczna często zmienia całą psychikę osoby starszej. Prowadzi to do konieczności stałej opieki nad taką osobą. Wśród zaburzeń psychicznych najczęściej występują demencja i depresja. Pogarszające się zdrowie ujemnie wpływa na możliwości fizyczne i stan psychiki. Choroby somatyczne wywołują chroniczne bóle, natomiast choroby psychiczne

¹ Definicja zawarta w opracowaniu Ministerstwa Zdrowia pt. „Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce”, Warszawa, grudzień 2012 r.

² Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Dz.U.97.123.776 z późn. zm.

³ Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań GUS, Warszawa, lipiec 2016 r.

– degradację psychiczną. Co więcej, często zły stan zdrowia zmusza do przerywania pracy, utrudnia prowadzenie domu i wykonywanie podstawowych czynności życiowych, prowadząc niekiedy do „uwięzienia” w domu. Wszystko to negatywnie wpływa na kontakty z innymi ludźmi i utrudnia aktywny udział w życiu społecznym. Ponadto sprzyja złemu samopoczuciu, wycofywaniu się z życia, bierności, frustracji, uzależnieniu od pomocy innych. Z tych powodów coraz więcej przewlekłe chorych seniorów zwiększa grupę osób wymagających opieki długotrwałej, początkowo ambulatoryjnej, później domowej, uzależnionych od pomocy innych.⁴

Powyższe problemy zdrowotne znajdują odzwierciedlenie w statystykach. Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC, 2015 r.) co trzecia osoba starsza uznała, że jej zdrowie jest złe lub nawet bardzo złe. Dwie trzecie osób powyżej 60 roku życia wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewiduje się że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy. Większy udział osób o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych odnotowano w miastach (68,3%). Blisko połowy osób starszych dotyczyły poważne lub niezbyt poważne ograniczenia zdolności do wykonywania codziennych czynności. Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, 15% osób pow. 60 r. ż. nie skonsultowało się z lekarzem (rodzinnym, pierwszego kontaktu lub specjalistą), gdy tego potrzebowało. Przy czym 39% tych osób jako powód wskazało „listę oczekujących, brak skierowania”, a 22,4% - powody finansowe. Rezygnacje z wizyt z ww. powodów częściej dotyczyły starszych mieszkańców miast. Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzonego w 2014 r., pokazują, że u większości starszych osób występują choroby przewlekłe czy dolegliwości (bez względu na czas ich trwania). Tylko co 9 osoba deklaruje brak takich problemów. Najczęstsza dolegliwość zdrowotna osób pow. 60 r. ż. to nadciśnienie tętnicze, które zdiagnozowano u ponad połowy ww. osób. Częstym schorzeniem były również bóle dolnej partii pleców (ponad 40% badanych) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (blisko 40% osób starszych), a także bóle szyi lub środkowej części pleców (po 29%) i choroba wieńcowa, która występowała u co czwartej osoby. Wśród wymienianych schorzeń znalazły się również: cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%).

Ponadto co trzecia starsza osoba zgłosiła w wywiadzie, że ma trudności w przejściu samodzielnie 500 m. W grupie wieku 70-79 lat problemy z przemieszczaniem się miała prawie co druga osoba, a w grupie najstarszej z tym problemem borykało się prawie 3/4 tej populacji. Problemy z samodzielnym chodzeniem po schodach zadeklarowało ok. 30% osób w grupie wieku 60-69 lat, ponad połowa w grupie 70 - 79 lat i prawie 80% osób najstarszych. W obszarze zdolności do samoobsługi badania wykazały, że co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej miała trudności z takimi czynnościami. Największą trudność stanowiło kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła, a także kąpanie się lub mycie pod prysznicem oraz ubieranie się i rozbieranie. Problemy z wykonaniem co najmniej jednej z ww. czynności zadeklarowała co czwarta osoba w wieku 65 lat i więcej. Wśród osób najstarszych (80 lat i więcej) problemy z samoobsługą deklaruowało 6 osób na 10. Niestety blisko 45% osób starszych mających problemy z podstawową samoobsługą, nie miało w tym zakresie żadnej pomocy i musiało samotnie zmagać się z problemami.⁵

Z uwagi na powyżej opisane problemy zdrowotne osób starszych, niezwykle trudno jest jednoznacznie zdefiniować „pacjenta geriatrycznego”. W praktyce klinicznej, pacjentem geriatrycznym jest osoba starsza, obciążona wieloma chorobami zależnymi od wieku, z których przynajmniej jedna pojawiła się jako nowa lub uległa zaostrzeniu.⁶

⁴ M. PIEPRZYK, P. PIEPRZYK, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny Rok LXXIV – zeszyt 3 – 2012*

⁵ *Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań GUS, Warszawa, lipiec 2016 r.*

⁶ *Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce, Otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych, PAN, 2014, materiały prasowe.*

2. Epidemiologia

W okresie ostatniego ćwierćwiecza w Polsce obserwuje się spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców, które powodują, iż mamy do czynienia ze zjawiskiem **starzenia się ludności** kraju. Na koniec 2015 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,4 mln, w tym ponad 8,8 mln stanowiły osoby powyżej 60 r. ż. (tj. ok. 23%). W latach 1989-2015 liczba osób starszych wzrosła o ponad 3,2 mln, a największy wzrost - o 0,9 mln – odnotowano dla grupy 60-64 latków. Udział osób w wieku pow. 60 r.ż w ogólnej populacji wzrósł z 14,7% w 1989 r. do 22,9% w 2015 r. W miastach ludność w starszym wieku stanowi prawie 25% populacji a na terenach wiejskich mieszka ich 20%. Dane demograficzne potwierdzają, że proces starzenia się społeczeństwa dotyczy również **Krakowa**. Wg danych GUS w 2016 r. liczba ludności w Krakowie wynosiła 765 320, co w porównaniu do roku ubiegłego oznaczało wzrost o 4 251 osób (761 069 w 2015 r.). Liczba osób pow. 60 r. ż. wynosiła natomiast 292 981 (tj. ok. 38%). W okresie ostatnich trzech lat największy wzrost liczby ludności zanotowano w grupie wiekowej 85+ (z 15 882 w 2014 r. do 18 258 w 2016 r.). Odnotowano wzrost odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym: wzrost z 19% w 2010 r. do 23% w 2016 r., co przy jednoczesnym spadku odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym świadczy o występowaniu zjawiska starzejącego się społeczeństwa.⁷ Prognozy GUS wskazują, iż w latach 2015 – 2035 wśród mieszkańców Krakowa nastąpi znaczący spadek liczby osób w wieku 65 – 69 (spadek z 45 146 do 37 678) oraz wzrost liczby ludności pozostałych grupach wiekowych osób starszych (tj. od 70 r.ż.). Największy wzrost w 20 – letniej perspektywie nastąpi w przedziale wiekowym 85 lat i więcej. **Powyższa perspektywa oraz zauważalne już zjawisko wydłużania się życia, będzie wymagało zapewnienia osobom starszym i przewlekle chorym odpowiedniej opieki.**

Grupę osób starszych charakteryzuje przede wszystkim wysoka **umieralność**. Wśród 395 tys. osób zmarłych w 2015 r. osoby pow. 60 r.ż. stanowiły blisko 83%. Na powyższy wskaźnik mają wpływ nie tylko czynniki demograficzne, ale i biologiczne tj. wzrost udziału ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski, oraz spadek liczby zgonów młodszych osób. Na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza zdecydowanie zmniejszyło się natężenie umieralności. W 2015 r. współczynnik zgonów dla całej grupy starszych osób wyniósł prawie 38‰ (w 1990 r. wynosił ponad 50‰), a w przypadku osób w wieku 85 lat i więcej kształtował się na poziomie 154‰ (współczynnik dla całej populacji Polski wynosi ok. 10‰). Wśród przyczyn zgonów seniorów należy wymienić:

- choroby układu krążenia - w 2014 roku spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia ponad 90% dotyczyło osób w wieku pow. 60 r.ż. Wśród osób starszych zgony kardiologiczne stanowiły połowę wszystkich zgonów. W przypadku seniorów (85 lat i więcej) – co 3 umiera w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne.
- nowotwory, w tym nowotwory złośliwe. W 2014 r. odsetek osób starszych zmarłych w wyniku nowotworów wyniósł 25% (w 1990 r. - 18%). Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, że obecnie co drugi przypadek nowotworów złośliwych wykrywany jest u osób w wieku co najmniej 65 lat. Najwcześniej diagnozowane są nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory jelita grubego.
- inne przyczyny zgonów osób starszych to: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby.⁸

Przedstawione dane charakteryzują również strukturę zgonów **w Krakowie**. Standaryzowany współczynnik zgonów w 2016 r. w Krakowie wynosił 9,38/1000 os. i był niższy niż współczynnik dla całego kraju (10,10/1000 os.), ale wyższy niż dla Małopolski (9,10/1000 os.).

Powyższą grupę charakteryzuje również wysoka częstość korzystania z usług medycznych, zarówno w placówkach ambulatoryjnej, jak i stacjonarnej opieki zdrowotnej. Z badań GUS przeprowadzonych

⁷ Bank Danych Lokalnych, GUS

⁸ Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań GUS, Warszawa, lipiec 2016 r.

w 2015 r. wynika, iż w okresie 12 miesięcy przed przeprowadzeniem badania leczeniu szpitalnemu, które łączyło się przynajmniej z 1 noclegiem, poddała się co piąta osoba starsza. Aż 90% polskich seniorów w badanym okresie przynajmniej raz było u lekarza pierwszego kontaktu czy rodzinnego, a ponad 70% u lekarzy specjalistów. W okresie 2 tygodni przed datą badania ponad 80% ogółu osób w wieku pow. 60 r.ż. zażywało leki, które zostały przepisane przez lekarza na receptę. Najczęściej seniorom przypisywane są leki na obniżające ciśnienie krwi (przyjmowało je 54 na 100 badanych). Rzadziej osobom z tej grupy lekarze przepisywali leki na inną chorobę sercowo-naczyniową, jak udar i zawał serca, bóle stawów lub obniżające poziom cholesterolu we krwi. Tego typu leki przepisane przez lekarza zażywało 28-29 na 100 osób starszych. Co szósta osoba starsza zażywała leki na bóle szyi lub pleców i na cukrzycę.

W 2014 r. w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej osoby pow. 65 r.ż. skorzystały z 77,6 mln porad lekarskich. W ramach POZ lekarze udzielili ponad 48,6 mln porad, co stanowiło 30,5% wszystkich porad w tym zakresie. Porady domowe stanowiły niewielką część wszystkich udzielonych porad lekarskich tj. 2,5 mln porad (1,6% porad POZ), z czego 62,0% udzielono osobom starszym. W porównaniu do roku 2010 liczba porad lekarskich udzielonych osobom starszym w ramach POZ wzrosła o 12,4%, podczas gdy wzrost ogólnej liczby porad POZ wynosił 4,9%. W opiece specjalistycznej osobom starszym udzielono ok. 29 mln porad lekarskich, tj. 25,9% wszystkich porad specjalistycznych. W porównaniu z rokiem 2010 liczba wizyt osób starszych w opiece specjalistycznej zwiększyła się o ponad 7,6 mln (tj. 35,6%). Najczęściej osoby starsze odwiedzały poradnie chirurgiczne (5,0 mln wizyt), a także okulistyczne (4,2 mln), kardiologiczne (3,1 mln) i neurologiczne (2,1 mln). Ponadto na koniec 2014 r. udzielono 62 927 porad lekarskich w ramach 115 poradni geriatrycznych, co stanowiło ok. 0,2% wszystkich porad udzielonych osobom starszym w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej. Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2014 r. wyniosła 7,2 porady, podczas gdy w przypadku osób pow. 65 r.ż. wskaźnik ten stanowił 13,4 porad na 1 mieszkańca w tym wieku.

Sytuacja zdrowotna osób starszych **w Krakowie** nie odbiega od tendencji krajowych. Wg danych GUS w 2013 r. liczba porad udzielonych osobom pow. 65 r.ż. w ramach POZ wynosiła 993 270 (w tym 43 196 porad domowych), co stanowiło 31,47% wszystkich udzielonych porad. Ponadto osoby powyżej 65 r.ż. stanowiły 26% pacjentów korzystających z porad specjalistycznych. Ponad 50% wizyt z zakresu diabetologii, kardiologii oraz urologii było udzielanych osobom starszym. W obszarze porad chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych, neurologicznych i rehabilitacyjnych osoby starsze stanowiły 25% wszystkich pacjentów. Seniorzy równie często korzystali z porad: endokrynologa - stanowiąc 31% pacjentów w poradniach, specjalistów chorób płuc- stanowiąc 38% pacjentów, nefrologa - stanowiąc 42% pacjentów, reumatologa – stanowiąc 44% pacjentów i okulisty - stanowiąc 33% pacjentów. Natomiast w poradniach onkologicznych osoby starsze stanowiły prawie 40% pacjentów. Częste wizyty seniorów u specjalistów wynikają ze specyfiki chorób starczych czyli wielochorobowości oraz częstej zapadalności na choroby przewlekłe. Z uwagi na powyższe wymagają oni ciągłego kontaktu i regularnych konsultacji w poradni specjalistycznej, a to przekłada się na dużą liczbę udzielonych porad.⁹

Według szacunków Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – w 2013 r. w szpitalach ogólnych leczonych było 2,4 mln osób w wieku pow. 65 r.ż., co stanowiło 30,3% wszystkich pacjentów szpitalnych, w tym w Małopolsce leczonych było ok. 206,3 tys. osób starszych. W porównaniu z rokiem 2010 liczba tych pacjentów wzrosła o 15,1%, a ich odsetek w ogólnej liczbie leczonych w szpitalach ogólnych o 2,7 p. proc. Uzupełnieniem ww. opieki szpitalnej jest opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna, która skierowana jest do pacjentów przewlekłe czy nieuleczalnie chorych lub niesamodzielnych, którzy ze względu na stan zdrowia, niesprawność fizyczną lub brak samodzielności w samoopiece i samopielegnacji, wymagają stałej kontroli lekarskiej,

⁹ *Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekłe chorą na terenie miasta Krakowa, opracowanie Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, 2014 r.*

profesjonalnej pielęgnacji i/lub rehabilitacji. Na koniec 2014 r. zakłady opieki długoterminowej zapewniały opiekę w warunkach stacjonarnych 92,5 tys. osób, co stanowiło blisko 2,7% więcej w stosunku do 2013 r. Ponad 75% stanowiły osoby w wieku pow. 65 r.ż., a dominującą grupą chorych były osoby w wieku 80 lat i więcej – ponad 44% pacjentów.¹⁰

Na terenie Miasta **Krakowa** w latach 2007-2012 odnotowywano systematyczny wzrost liczby miejsc dla osób starszych w zakładach opiekuńczo-leczniczych. W ciągu 6 lat liczba łóżek wzrosła o 348, w tym o 87 łóżek na przestrzeni lat 2011 i 2012. Natomiast w 4 funkcjonujących na terenie Krakowa hospicjach stacjonarnych liczba zakontraktowanych w 2014 r. łóżek wynosiła 322. W ramach rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna MOW NFZ kontraktuje również zakres świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych (383 miejsca).¹¹

Kolejną formą opieki zdrowotnej, z której korzystają osoby starsze, jest leczenie prowadzone w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego oraz w stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej. W placówkach tych kontynuowane jest leczenie szpitalne lub ambulatoryjne, celem odzyskania sprawności po chorobie, wypadku lub z powodu choroby zawodowej. W 2014 r. spośród 794,5 tys. osób korzystających z leczenia w tych zakładach, pacjenci w wieku 65 lat i więcej stanowili 38,6% (tj. 306,5 tys.). Ponadto na koniec 2014 r. w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej przebywało 46,3 tys. osób w wieku pow. 65 r.ż., z czego 2/3 w placówkach prowadzonych przez organ publiczny. W porównaniu do roku 2011 liczba osób starszych objętych opieką instytucjonalną jednostek świadczących usługi pomocy społecznej wzrosła o 8,7%, a jej udział w ogólnej liczbie mieszkańców tych zakładów wzrósł z 41,8% do 43,8%.¹²

W 2014 roku w **Krakowie** liczba osób objętych usługami opiekuńczymi wyniosła 2 169. W porównaniu do roku ubiegłego liczba tych osób zwiększyła się o 72 (z 2 097 w 2013 r.). Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi pomiędzy rokiem 2013 i 2014 zmalała z 448 do 422. Łącznie liczba osób objętych pomocą w 2014 r. wyniosła 2 591.¹³

Osoby starsze stanowią również znaczną grupę pacjentów korzystających z ratownictwa medycznego. W 2014 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3 mln osób, z czego osoby w wieku pow. 65 r.ż. stanowiły 40,8% pacjentów. W porównaniu do roku 2010 liczba osób pow. 65 lat r.ż., którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczenia, wzrosła o 15,8%. Ze świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) skorzystało ponad 4,5 mln osób, z czego 21,1% to osoby starsze. Osoby starsze najczęściej korzystały ze świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych (27,5%), ogólnym – świadczenia niezakwalifikowane do innych poradni (18,3%), chirurgii (15,9%) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (15,4%).¹⁴

Przedstawione statystyki potwierdzają, że w grupie osób starszych występuje szereg problemów zdrowotnych, które ulegają nasileniu z upływem lat życia. Pogarszanie się wraz z wiekiem stanu zdrowia powoduje ograniczenia w życiu codziennym, potrzebę zewnętrznego wsparcia oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej.

¹⁰ Dane GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (2016 r.)

¹¹ Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą na terenie miasta Krakowa, opracowanie Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, 2014 r.

¹² Dane GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (2016 r.)

¹³ Informacja na temat osób starszych, dane Gminy Miejskiej Kraków

¹⁴ Dane GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (2016 r.)

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Dane GUS za 2016 r. wskazują, że liczba ludności **województwa małopolskiego** wynosi 3 382 260, w tym liczba osób pow. 60 r. ż. to **1 102 094** (tj. ok. 32,6%).¹⁵ Dane z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, wskazują że wśród Małopolan w wieku 65 lat i starszych osoby niepełnosprawne stanowią 41%. Jednocześnie wraz z wiekiem wzrasta liczba osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności – od 7% w grupie wiekowej 65–69 lat do 32% w grupie wiekowej 80 lat i więcej. Osoby w wieku 65–80+ stanowią aż 70% wszystkich Małopolan ze znacznym stopniem niepełnosprawności prawnej i biologicznej.

Z kolei wg danych GUS w 2016 r. liczba ludności w **Krakowie** wynosiła 765 320, w tym liczba osób pow. 60 r. ż. to **292 981** (tj. ok. 38%).¹⁶ Właśnie w tej grupie wiekowej odsetek osób niepełnosprawnych jest największy (**46%**). Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności w tej grupie wiekowej są upośledzenia narządu ruchu, które dotyczyły aż 51.9% niepełnosprawnych.¹⁷ Kraków jest drugim (po Tarnowie) powiatem o najwyższym odsetku osób niepełnosprawnych ogółem (14,2%).

Wg ostrożnych prognoz można zatem przyjąć, że liczba osób kwalifikująca się do włączenia do programu wyniesie około **130 000 osób rocznie**. Będą to w szczególności osoby starsze, niepełnosprawne. Przy kwalifikacji do programu priorytetowe znaczenie będzie mieć jednak stan zdrowia, a zatem w programie będą mogli uczestniczyć również osoby młodsze.

4. Obecne postępowanie

Obecnie opieka nad osobami starszymi realizowana jest w ramach współdziałania dwóch sektorów: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W ramach sektora opieki zdrowotnej opieka realizowana jest w zakładach opiekuńczo – leczniczych na oddziałach szpitalnych, w hospicjach oraz w poradniach. Z kolei opieka domowa w systemie opieki zdrowotnej sprawowana jest pod nadzorem lekarza pierwszego kontaktu. Uwzględnia ona opiekę pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki domowej na podstawie kontraktu na świadczenia pielęgniarstwa oraz wielodyscyplinarne zespoły opieki długoterminowej. W systemie pomocy społecznej opieka realizowana jest w Domach Pomocy Społecznej (opieka stacjonarna), Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej oraz w Ośrodkach Wsparcia dla Osób Starszych (opieka półstacjonarna) oraz w domu pacjenta (usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi), sprawowana przez wykwalifikowanych opiekunów.

Opieka instytucjonalna w systemie opieki zdrowotnej:

Opieka realizowana w **zakładach opiekuńczo – leczniczych** polega na objęciu całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji. Do zakładów opiekuńczo-leczniczych przyjmowani są pacjenci na podstawie wniosku lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, którzy w ocenie wg skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Zakład opiekuńczo-leczniczy zapewnia pacjentowi:

¹⁵ J.w.

¹⁶ J.w.

¹⁷ *RAPORT O ZDROWIU MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA I JEGO UWARUNKOWANIACH, URZĄD MIASTA KRAKOWA, Kraków, 2016*

- całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską obejmującą: leczenie, badania diagnostyczne niezbędne do kontynuacji leczenia, świadczenia rehabilitacyjne (fizyko i fizjoterapię, terapie zajęciową),
- badanie i terapię psychologiczną,
- konsultacje dietetyka w kwestii dostosowania żywienia do istniejących problemów zdrowotnych,
- pomoc pracownika socjalnego w załatwianiu spraw osobistych, utrzymywaniu kontaktów z rodziną i przygotowaniu środowiska domowego na powrót do domu.

W Krakowie w 2014 roku funkcjonowało 10 zakładów opiekuńczo – leczniczych (publicznych i niepublicznych) o profilu ogólnym, w tym jeden z nich (Zakład Opiekuńczo – Leczniczy przy ul. Wielickiej 267) posiada 87 łóżek w zakładzie opiekuńczo – leczniczym psychiatrycznym.

Pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia zapewniana jest **opieka paliatywna**, która obejmuje swym zakresem przede wszystkim: zwalczanie bólu chorego i innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, łagodzenie cierpień psychicznych oraz duchowych. Opiekę paliatywną prowadzą: **poradnie medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne, oddziały medycyny paliatywnej i hospicja domowe**. Poradnie medycyny paliatywnej przeznaczone są dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe, potrzebują natomiast leczenia przeciwbólowego i wsparcia. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni zostać przekazani do hospicjum domowego. Hospicjum stacjonarne jest przeznaczone głównie dla pacjentów, którzy ze względu na ciężki przebieg nowotworu wymagają stałej specjalistycznej opieki medycznej. W 2014 r. na terenie Gminy Miejskiej Kraków funkcjonowały 3 publiczne zakłady opiekuńczo-lecznicze z oddziałami opieki paliatywnej, które dysponowały łącznie 65 łózkami. Ponadto funkcjonowało 7 zakładów, które zapewniały świadczenia w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej i prowadzone były przez fundacje i stowarzyszenia.

Opieka nad osobą starszą sprawowana jest również **w oddziałach szpitalnych** o profilach:

- **geriatrycznym**, gdzie sprawuje się całodobową opiekę medyczną nad chorym po 65 r.ż. Oddziały geriatryczne zajmują się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem oraz rehabilitacją schorzeń występujących w wieku podeszłym. Celem pobytu na oddziale geriatrycznym jest przywrócenie hospitalizowanej osobie stanu zdrowia w określonym czasie pobytu. W sytuacji, kiedy ze względu na nieuleczalność choroby, nie jest to możliwe, podniesienie jej stanu funkcjonalno-czynnościowego na wyższy poziom, celem pobytu jest spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniu.
- **dla przewlekłe chorych** - zapewniających całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu.
- **medycyny paliatywnej** - świadczących wszechstronną, całodobową opiekę nad pacjentami cierpiącymi na nieuleczalne choroby.
- **psychogeriatrycznym** - zabezpieczających leczenie pacjentów po 60-tym r.ż., z rozpoznaniem organicznych zaburzeń lękowych, schizofrenii, zaburzeń urojeniowych, zespołów otępiennych, psychoz organicznych, organicznych zaburzeń nastroju oraz zaburzeń afektywnych. Oddział zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską, a także opiekę psychologa, terapeuty zajęciowego, fizjoterapeuty oraz konsultanta.

Na terenie Miasta Krakowa świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatrii świadczenia udzielane są przez 5 podmiotów.

Opieka domowa w systemie opieki zdrowotnej:

Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekłe chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów.

Świadczenia pielęgniarstwa realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową, obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Minimalny czas opieki bezpośredniej nad jednym pacjentem wynosi 1,5 godziny dziennie, nie mniej niż 4 dni w tygodniu. Czas objęcia chorego tą formą opieki jest uzależniony od jego stanu zdrowia. W przypadku gdy pacjent uzyska więcej niż 40 punktów wg skali Barthel NFZ nie finansuje dalszej opieki. Osoby obłożnie chore z niewydolnością oddechową, wymagające stosowania inwazyjnej, bądź nieinwazyjnej ciągłej lub okresowej terapii oddechowej również objęte są opieką domową. Ten rodzaj opieki przeznaczony jest dla pacjentów niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażą świadomą zgodę na ten typ leczenia.

System pomocy społecznej:

Opieka ta realizowana jest w Domach Pomocy Społecznej, które sprawują całodobową opiekę nad osobami, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Świadczą usługi w zakresie potrzeb bytowych, opiekuńczych i wspomagających oraz zapewniają: miejsca zamieszkania, wyżywienie, wyposażenie w odzież i obuwie, utrzymanie czystości, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację (w tym również w czasie choroby), umożliwiają dostęp do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, pranie odzieży, środki czystości i higieny osobistej mieszkańcom, którzy nie są w stanie jej zakupić, niezbędną pomoc załatwianiu spraw osobistych, świadczenie pracy socjalnej, umożliwiają udział w terapii zajęciowej oraz umożliwiają zaspokajanie potrzeb religijnych i inne. Z danych MOPS wynika, że na terenie Krakowa w roku 2011 funkcjonowało 16 domów pomocy społecznej (13 publicznych oraz 3 niepubliczne). Jak wynika z danych statystycznych w latach 2007 - 2011 zmalała liczba miejsc w DPS. Jednocześnie w roku 2011 wzrosła ogólna liczba wniosków o umieszczenie w DPS, przy czym większość osób wnioskuje o skierowanie do DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych (tendencja ta utrzymuje się od kilku lat).

Wsparcie osób starszych w ramach pomocy specjalistycznej realizowane jest również w Miejskim Dziennym Domu Pomocy Społecznej, który realizuje swoje zadania w szczególności poprzez udzielanie uczestnikom świadczeń podczas całodziennego pobytu w zakresie: rehabilitacji ogólnousprawniającej, zajęć kulturalno-oświatowych, terapii zajęciowej indywidualnej lub grupowej dla podtrzymania kondycji psychofizycznej, psychoterapii (rozmowy wspierające) oraz zapewnia posiłki.

Opieka domowa w systemie pomocy społecznej sprawowana jest natomiast przez wykwalifikowanych opiekunów w formie świadczenia usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze są formą pomocy przyznawaną osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Pomoc ta ma na celu umożliwienie osobom starszym i niepełnosprawnym prawidłowego funkcjonowania w środowisku zamieszkania i polega na wykonywaniu określonych czynności o charakterze gospodarczym oraz pielęgnacyjnym, wykonywanych w dziennym wymiarze czasowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są z kolei formą pomocy dostosowaną do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym i obejmują czynności polegające na uczeniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz pielęgnacji, a ich zadaniem jest wspieranie procesu leczenia.¹⁸

¹⁸ *Opieka długoterminowa nad człowiekiem w wieku podeszłym i przewlekle chorym, Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia, materiał informacyjny do Uchwały Rady Miasta Krakowa w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”*

Inne świadczenia:

Osoby starsze bardzo często korzystają również ze świadczeń rehabilitacyjnych, których celem jest zapobieganie, usunięcie, ograniczenie lub złagodzenie skutków niepełnosprawności. Rehabilitacja realizowana w warunkach ambulatoryjnych obejmuje specjalistyczne świadczenia zdrowotne udzielane w **poradni rehabilitacyjnej, zakładzie fizjoterapii lub w domu pacjenta**. Pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają intensywnej rehabilitacji i nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, mogą otrzymać pomoc w ramach **dziennego ośrodka rehabilitacji**. **Rehabilitacja stacjonarna** obejmuje kompleksową fizjoterapię narządu ruchu u pacjentów po urazach narządu ruchu, po przebytych zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych, neurologicznych, reumatologicznych i innych. W ramach świadczeń dostępnych dla ubezpieczonych pacjenci mogą również korzystać z **leczenia uzdrowiskowego**. W ramach ubezpieczenia dostępne jest leczenie w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, a także zabiegi w formie ambulatoryjnej. Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach stacjonarnych i w warunkach opieki dziennej, na oddziałach psychiatrycznych i na oddziałach leczenia uzależnień, a także w warunkach ambulatoryjnych, w poradniach psychiatrycznych i zespołach leczenia środowiskowego oraz w poradniach leczenia uzależnień.

Stan dostępności świadczeń w Krakowie, w obszarach istotnych ze względu na grupę docelową:

Średni czas oczekiwania na **ambulatoryjne specjalistyczne świadczenia zdrowotne** w Krakowie w 2013 roku wynosił ok. 52 dni. W porównaniu do poprzednio roku czas ten wydłużył się o ok. 5 dni. Najdłuższa kolejka występowała w dostępie do świadczeń z zakresu endokrynologii, gdzie czas oczekiwania wynosił 144 dni w roku 2013 i wzrósł o 41 dni w stosunku do roku 2012. Na świadczenia kardiologiczne w roku 2013 pacjent musiał oczekiwać przeciętnie 96 dni. Na świadczenia z zakresu urologii, czas oczekiwania w roku 2013 wyniósł 90 dni i wzrósł o 20 dni w stosunku do roku 2012. Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu gastroenterologii w roku 2013 wynosił 86 dni. Na świadczenia z zakresu proktologii w 2012 roku czekało się 42 dni a w roku 2013 już 56 dni. W chirurgii ogólnej czas oczekiwania wynosił 17 dni w roku 2013 i zwiększył się o 5 dni w stosunku do roku 2012, natomiast w zakresie onkologii w 2012 roku wynosił 17 dni, a w 2013 roku 19 dni. Jest to średni okres, w porównaniu z czasem oczekiwania do innych specjalistów. W roku 2013 poziom finansowania przez MOW NFZ na świadczenia z zakresu onkologii wynosił 4 661 933,32 zł, a liczba świadczeniodawców w całym Krakowie w tym okresie wynosiła 10.

Czas oczekiwania na wizytę u geriatry wynosił 17 dni w roku 2013. Finansowanie geriatry w 2013 roku było wyższe o 156 750,52 zł w porównaniu do roku 2012 kiedy wynosiło 316 903,94 zł. Była to jednak najniższa kwota na finansowanie ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Według MOW NFZ niedługi (w porównaniu z innymi poradniami) czas oczekiwania na świadczenia w poradni geriatrycznej, a także niewysokie nakłady na ten zakres wynikają również z niechęci pacjentów do korzystania z poradni geriatrycznych.

Z kolei średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu **rehabilitacji leczniczej** w Krakowie wynosił w 2013 roku ok. 136 dni. W porównaniu do roku 2012 czas ten wydłużył się o ok. 23 dni. Najdłuższa kolejka występuje w dostępie do świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - czas oczekiwania wynosił 552 dni w roku 2013 i wzrósł o 217 dni w stosunku do roku 2012 (w 6 dostępnych placówkach). Na świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej - w 2013 roku czekało się 237 dni a na świadczenia z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w 2013 roku - 143 dni. Łączna kwota na świadczenia finansowane przez MOW NFZ z zakresu rehabilitacji leczniczej w roku 2012 wynosiła: 54 306 470,12 zł, a w 2013 roku wzrosła do 57 189 634,74 zł. Najniższa kwota na finansowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej obejmowała rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych oraz w ośrodku/oddziale dziennym.

Analizując zaprezentowane powyżej dane dotyczące istniejącego systemu opieki nad osobą starszą, a także biorąc pod uwagę dane demograficzne, należy stwierdzić, iż istnieje **pilna potrzeba dostosowania profilu świadczeń do potrzeb rosnącej grupy osób starszych**. Pogarszający się stan zdrowia i niepełnosprawność, prowadzące do utraty samodzielności, są jedną z głównych przyczyn korzystania przez osoby starsze z pomocy instytucjonalnej. Z tego powodu konieczne jest zorganizowanie **efektywnego systemu umożliwiającego rozwój tendencji zmierzającej do odchodzenia od opieki instytucjonalnej** na rzecz rozwijania usług w dziedzinie opieki świadczonej w ośrodku lokalnym. Opieka długoterminowa, w szczególności świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, ukierunkowana jest na osoby, które w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40 punktów lub mniej. **Brak jest natomiast świadczeń gwarantowanych dla pacjentów, którzy wymagają ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 pkt.**

W 2015 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mający na celu pilotażowe wdrożenie przez resort rozwiązań służących utworzeniu **dziennych domów opieki medycznej**. Aktualnie standard dziennego domu opieki medycznej jest pilotażowo testowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (POWER) na poziomie centralnym (Ministerstwo Zdrowia). Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło konkurs w ramach działania pn. „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”. Wsparcie otrzymało 41 placówek z terenu całego kraju. Najważniejszym zadaniem dziennego domu opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi jest rehabilitacja lecznicza w celu przywrócenia pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku. Nie mniej ważne są kontynuacje leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. Ponadto ww. świadczenie zdrowotne obejmuje przygotowanie pacjenta i jego opiekunów do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji oraz edukację zdrowotną. Planowane jest upowszechnianie ww. rozwiązań z wykorzystaniem środków Regionalnych Programów Operacyjnych w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020. Równolegle do działań finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (POWER) podejmowane są przez Ministerstwo działania zmierzające do uzupełnienia wykazu świadczeń gwarantowanych, aby po zakończeniu pilotażu została opracowana karta problemu zdrowotnego, która jest pierwszym etapem prac nad zakwalifikowaniem danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego.¹⁹

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

System opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce nie jest dostosowany do potrzeb osób starszych. Oferuje bowiem zdeintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. System ten nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego. Brak jest powszechności, odpowiedniej jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb osób starszych. Problemem jest również brak koordynacji opieki wysokospecjalistycznej. Lekarze rodzinni nie są przygotowani do opieki geriatrycznej, co jest przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części chorych w starszym wieku. Z kolei kwalifikowanie chorych do procedur wysokospecjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku. Rodzina, na której w głównej mierze, spoczywa ciężar opieki nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starszymi, nie jest wspierana odpowiednimi usługami medycznymi i pozamedycznymi.²⁰

¹⁹ <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/ministerstwo-zdrowia-dla-seniorow/>

²⁰ *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r.*

Istnieje zatem potrzeba tworzenia wyspecjalizowanych placówek, ukierunkowanych na wsparcie osób starszych. Placówki takie powinny jednak odpowiadać realnym potrzebom pacjentów i ich opiekunów. Wg badań przeprowadzonych we wszystkich krajach Unii Europejskiej, aż 59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci mogącym zapewnić im opiekę. Jest to najwyższy wynik wśród wszystkich krajów UE (średnia wynosi 30%). Dla porównania, w Szwecji oraz Holandii takiej odpowiedzi udzieliło jedynie 4% badanych, a w Danii i Finlandii 7% badanych. Respondenci w tych krajach wskazywali, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę, podczas gdy w Polsce tego zdania jest zaledwie 7% badanych i jest to najniższy wynik wśród wszystkich krajów UE (średnia wynosi 27%). Uzasadnieniem ww. sytuacji może być dotychczas słabo rozwinięty system opieki domowej i dziennej nad osobami starszymi, co sprawia, że Polacy nie mają wiedzy na temat skuteczności tego typu rozwiązań. Co więcej, jedynie 3% Polaków uważa, że osoby starsze powinny zamieszkać w domu opieki, co plasuje nasz kraj znów na ostatnim miejscu w UE (średnia wynosi 10%).²¹ Powyższe dane są zgodne z osobistymi preferencjami Polaków dotyczącymi planowania swojego życia na stare lata, kiedy będą wymagali pomocy. Wg. badań 64% osób chce mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Kolejne 15% preferuje zamieszkać razem z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną. 8% badanych chce mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną opłaconą przez siebie stałą pomoc osób zajmujących się opieką. Pozostałe odpowiedzi osiągnęły po 2–3%.²² Dane te jednoznacznie wskazują, że zamieszkanie w instytucji całodobowej nie jest uznawane za rozwiązanie oczekiwane. Większość badanych chciałaby uniknąć takiego rozwiązania zarówno dla siebie, jak i najbliższych, angażując się tym samym w opiekę nad starszymi członkami rodziny.

Zapotrzebowanie na wsparcie w opiece nad osobą starszą w Małopolsce jest wysokie. W raporcie pt. *Badanie opinii mieszkańców Małopolski na temat istotnych dla rozwoju województwa obszarów działań samorządu wojewódzkiego* z marca 2014 r. opracowanego przez Małopolskie Obserwatorium Polityki Rozwoju wskazano, że co piąty Małopolanin nieodpłatnie opiekuje się osobą starszą. Badania National Family Caregiver Support Program w USA wykazały natomiast, że usługi oferowane opiekunom nieformalnym redukują u nich depresję i stres, dzięki czemu podnoszą jakość opieki nad seniorami. Ponadto, co szczególnie istotne z ekonomicznej perspektywy, usługi te odraczają w czasie korzystanie z opieki instytucjonalnej.²³ Tymczasem system pomocy dla takich osób w Małopolsce praktycznie nie istnieje. Pielęgniarską opiekę długoterminową domową, w Małopolsce w 2013 roku, pełniły pielęgniarki zatrudnione na 479,5 etatach. Opieką objęły one 2781 pacjentów, co przy zestawieniu tych danych z danymi demograficznymi, jednoznacznie wskazuje, że potrzeby dalece przekraczają realizowane świadczenia opieki dziennej i domowej wobec starszych osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. System opieki jest więc nieefektywny zarówno pod względem ekonomicznym, jak i wyników zdrowotnych.²⁴

Niekorzystnie wygląda również relacja pomiędzy liczbą osób zamieszkujących w domach pomocy społecznej, a liczbą osób korzystających z usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania. Przeważają mieszkańcy DPS, których liczba w 2013 roku w skali całego województwa wynosiła 8 177 osób. Natomiast klientami usług opiekuńczych było zaledwie 6 594 osób. Dodając do tych danych liczbę seniorów objętych innymi formami opieki całodobowej np. w zakładach opiekuńczo-leczniczych dysproporcja ta staje się jeszcze bardziej niekorzystna.²⁵

²¹ *Health and long-term care in the European Union*, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf,

²² Centrum Badania Opinii Społecznej, *Polacy wobec własnej starości*, Warszawa 2012

²³ Raciąg M., red. *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011

²⁴ SREBRNA GOSPODARKA szansą dla Małopolski, Departament Polityki Regionalnej UMWM, Kraków 2015

²⁵ Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, *Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej, Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2013*, Kraków 2014

Z uwagi na prognozę rosnących potrzeb opiekuńczych, wynikającą z coraz większej liczby osób starszych, zasadne jest tworzenie placówek zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych. Celem takich placówek jest zapewnienie osobie starszej opieki w taki sposób, aby maksymalnie wydłużyć czas, w którym możliwe jest jej przebywanie we własnym środowisku i pozostanie w domu. Należy zatem koncentrować się na najbardziej korzystnych wariantach opieki długoterminowej tj. odchodzeniu od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki półstacjonarnej (dzienne ośrodki wsparcia dla osób starszych) i domowej. Są one wskazane zarówno ze względów psychologicznych, ale i ze względu na uwarunkowania kulturowe. Ponadto opieka ta jest tańsza od opieki stacjonarnej, a także korzystniejsza z punktu widzenia podtrzymywania dobrej kondycji zdrowotnej oraz psychicznej osób starszych. Ważnym aspektem przemawiającym za tworzeniem tego typu placówek jest również możliwość odciążenia opiekunów nieformalnych, którzy w czasie pobytu podopiecznego w placówce mogą realizować się zawodowo lub odpocząć od trudu opieki.

Zapotrzebowanie na tego typu placówki potwierdza również badanie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Krakowie, przedstawione w raporcie pt. „Opiekunowie rodinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej” (2015 r.). Z badania tego wynika, iż dzienne domy pomocy to najlepsza forma wsparcia zarówno dla osób starszych, jak i ich opiekunów. Zdanie to podzielają również eksperci, którzy uznali dzienne domy pobytu za najbardziej adekwatną formę wsparcia.

II. Cele programu

1. Cel główny

Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi na terenie Miasta Krakowa, poprzez stworzenie i wdrożenie rozwiązań zapewniających w okresie realizacji programu opiekę min. 250 osobom niesamodzielnym, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej oraz zachowanie sprawności psychofizycznej u 50% osób niesamodzielnych biorących udział w programie w okresie 5 lat realizacji programu.

2. Cele szczegółowe

- w okresie 5 lat zwiększenie o co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie, które zachowają sprawność psychofizyczną w rezultacie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- w okresie 5 lat zwiększenie o co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie, które zachowają sprawność psychofizyczną w rezultacie udzielanych świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych oraz usług wspomagających,
- w okresie 5 lat zwiększenie o co najmniej 250 liczby osób, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.
- w okresie 5 lat zwiększenie o co najmniej 188 liczby osób pow. 65 roku życia, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa
- w okresie 5 lat zachowanie samodzielności przez co najmniej 125 pacjentów dziennego domu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.

3. Oczekiwane efekty

- zwiększenie dostępności do dziennej opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa,
- stworzenie dodatkowych miejsc opieki nad osobami niesamodzielnymi na terenie Miasta Krakowa,

- zwiększenie efektywności systemu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa na skutek odchodzenia od opieki instytucjonalnej nad pacjentem na rzecz opieki w domu, poprzez zastosowanie indywidualnych planów wsparcia,
- zwiększenie skuteczności i kompleksowości opieki medycznej nad osobami starszymi na terenie Miasta Krakowa poprzez zastosowanie w procesie diagnostycznym całościowych ocen geriatrycznych,
- rozwój nowych form dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi,
- rozwój sektora usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych,
- wzrost efektywności systemu opieki zdrowotnej, poprzez poprawę organizacji opieki nad osobami starszymi na terenie Miasta Krakowa,
- poprawa jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej,
- zapewnienie ciągłości opieki nad osobami niesamodzielnymi na terenie Miasta Krakowa (wypełnienie luki w obszarze usług opiekuńczych),
- zwiększenie poziomu bezpieczeństwa oraz usprawnienie procesu powrotu do zdrowia osób kończących leczenie szpitalne,
- zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnymi,
- odraczanie w czasie konieczności opieki instytucjonalnej,
- poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnymi,
- wzrost satysfakcji osób niesamodzielnymi i ich opiekunów z usług opiekuńczych,
- wsparcie i odciążenie rodzin oraz opiekunów nieformalnych,
- poprawa współpracy interdyscyplinarnej i jakości opieki na osobami starszymi na terenie Miasta Krakowa w aspekcie zapewnienia kompleksowości opieki (w zakresie postępowania medycznego, żywieniowego, rehabilitacyjnego i opieki psychologicznej).

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ BAZOWA	WARTOŚĆ DOCELOWA
Odsetek osób korzystających z dziennych domów opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa, u których odnotowano zachowanie sprawności psychofizycznej w rezultacie udziału w projekcie.	0 %	50 %
Odsetek osób biorących udział w programie, które zachowały sprawność psychofizyczną w rezultacie udzielanych świadczeń zdrowotnych.	0 %	50 %
Odsetek osób biorących udział w programie, które zachowały sprawność psychofizyczną w rezultacie udzielanych świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych oraz usług wspomagających.	0 %	50 %
Liczba osób które w wyniku realizacji projektu uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	0	250
Liczba osób pow. 65 r. ż. które w wyniku realizacji projektu uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	0	188
Liczba pacjentów dziennego domu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa, u których poziom samodzielności (mierzony skalą Barthel) nie uległ pogorszeniu.	0	125

Liczba utworzonych dziennych domów opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	0	1
Liczba miejsc opieki stworzonych w dziennych domach opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	0	10
Liczba opracowanych indywidualnych planów wsparcia u pacjentów dziennego domu opieki medycznej.	0	250
Liczba przeprowadzonych całościowych ocen geriatrycznych u pacjentów dziennego domu opieki medycznej.	0	188

III. Adresaci Programu (populacja programu)

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Programem zdrowotnym objęte zostaną osoby niesamodzielne, w szczególności osoby po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym.

Wg prognoz przedstawionych w pkt. I.3 niniejszego programu wielkość populacji docelowej programu wyniesie około 130 000 osób. Z uwagi na założenia programu, w szczególności ograniczoną liczbę miejsc opieki, szacuje się że **do programu włączone zostanie minimum 250 osób**. Przy ustalaniu ww. poziomu wzięto pod uwagę szacowany czas pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej, który wynosić będzie średnio 60 dni (nie mniej niż 30, nie więcej niż 90 dni). Powyższe szacunki opierają się również na wywiadach prowadzonych przez autora programu z podmiotami realizującymi podobne działania finansowane m.in. ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, z terenu Miasta Krakowa.

Dostęp do oferowanego w ramach programu wsparcia będzie równy dla wszystkich uczestników, pod warunkiem spełnienia kryteriów określonych w dalszej części niniejszego programu.

2. Tryb zapraszania do Programu

W celu zapewnienia wysokiej frekwencji w programie, konieczne jest przeprowadzenie skutecznych działań informacyjnych, w szczególności poprzez następujące kanały:

- prasa – publikacje prasowe w prasie lokalnej i branżowej,
- publikacje – ulotki, plakaty etc.,
- Internet – informacja na stronie podmiotu realizującego program, mailing,
- media społecznościowe,
- informacja przekazywana do innych jednostek ochrony zdrowia i pomocy społecznej np. przychodnie POZ, poradnie rehabilitacyjne, poradnie geriatryczne, DPS, MOPS etc.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) Opracowanie projektu programu.
- 2) Wybór podmiotu realizującego program w drodze postępowania konkursowego, prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy o działalności leczniczej i świadczeniach zdrowotnych.
- 3) Kampania informacyjna – promocyjna programu.
- 4) Działania organizacyjne (krótkoterminowe):

- a. zatrudnienie niezbędnego personelu,
- b. opracowanie dokumentacji programu – regulaminy, formularze zgłoszeń etc.
- c. zakup niezbędnych usług (m.in. wyżywienie, transport etc.)
- 5) Rekrutacja do programu, zgodnie z ustalonymi kryteriami.
- 6) Realizacja programu – udzielanie świadczeń zdrowotnych:
 - a. kwalifikacja pacjentów do pobytu w dziennym domu opieki medycznej,
 - b. pobyt pacjentów wraz z zapewnieniem wymaganej opieki medycznej, terapii, wyżywienia oraz w uzasadnionych przypadkach również zwrot kosztów transportu,
 - c. cykliczna weryfikacja stanu zdrowia pacjentów,
 - d. działania edukacyjne.
- 7) Działania organizacyjne (długoterminowe):
 - a. zarządzanie dziennym domem opieki medycznej,
 - b. monitorowanie programu.
- 8) Zakończenie programu, podsumowanie i ewaluacja.

Dzienny dom opieki medycznej funkcjonuje **przez cały rok, we wszystkie dni robocze**, co najmniej **8 godzin dziennie**, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin.

2. Planowane interwencje

W dziennym domu opieki medycznej pacjentom zapewniona będzie opieka medyczna połączoną z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Realizowane będą następujące kategorie świadczeń zdrowotnych:

- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- usprawnianie ruchowe,
- stymulacja procesów poznawczych,
- terapia zajęciowa,
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń oraz w razie pilnej potrzeby i w zależności od wskazania medycznego zapewnia się pacjentowi w ramach programu zdrowotnego niezbędne badania diagnostyczne oraz specjalistyczne konsultacje lekarskie. W każdym przypadku wymagane jest przygotowanie przez zespół terapeutyczny uzasadnienia zlecenia realizacji wymienionych świadczeń. Poza świadczeniami opieki zdrowotnej pacjentom przebywającym w dziennym domu opieki medycznej zapewnione zostanie odpowiednie do stanu zdrowia wyżywienie, prowadzone będą zajęcia dodatkowe, pozwalające na zagospodarowanie czasu wolnego pomiędzy udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi oraz w razie potrzeby zwrot kosztów transportu z miejsca zamieszkania do domu opieki medycznej i powrotu do miejsca zamieszkania.

Świadczenia zdrowotne udzielane w trakcie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej:

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

- a. w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż.:
 - ocenę czynnościową – możliwość wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona) - badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem.
 - ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA) - badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti) - badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,

- określenie występowania niewydolności serca (Skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA) - badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem,
- określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem,
- ocenę stanu umysłowego - określenie stanu emocjonalnego (skala depresji Hamiltona, HAM-D) - badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

b. w przypadku pacjentów powyżej 65 r. ż.:

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona) - badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem,
- ocenę fizyczną:
 - stan odżywienia (Mini Nutritional Assessment, MNA) - badanie powinno być wykonane przez dietetyka po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - równowaga, chód oraz ryzyko upadków (skala Tinetti) - badania powinny być wykonane przez fizjoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie występowania niewydolności serca (skala niewydolności krążenia wg New York Heart Association, NYHA) - badanie powinno być wykonane przez lekarza po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską zgodnie z procesem pielęgnowania - ocena powinna być wykonana przez pielęgniarkę po przyjęciu i przed wypisaniem,
- ocenę stanu umysłowego:
 - ocena sprawności umysłowej – skala Folsteina (MMSE - mini mental state examination) - badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem,
 - określenie stanu emocjonalnego - geriatryczna skala oceny depresji (Geriatric Depression Scale, GDS) - badanie powinno być wykonane przez psychologa lub psychoterapeutę po przyjęciu i przed wypisaniem.

Zastosowanie określonych i wskazanych powyżej narzędzi do oceny stanu zdrowia powinno być zindywidualizowane i dostosowane do stanu zdrowia każdego pacjenta.

W trakcie pobytu w dziennym domu opieki medycznej pacjentowi świadczeń udziela następujący personel:

- **lekarz specjalista** - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby,
- **pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego** sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 2 godziny dziennie,
- **pielęgniarka** - sprawującego opiekę nad pacjentem,
- **fizjoterapeuta** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie,
- **opiekun medyczny** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- **terapeuta zajęciowy** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo,

- **psycholog lub psychoterapeuta** – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo,
- **dietetyk** - z chwilą przyjęcia pacjenta do domu opieki medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, udziela pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia,
- **logopeda lub afazjolog** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta.

Szczegółowy zakres realizowanych czynności przedstawiono w **załączniku nr 1** do niniejszego programu.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do dziennego domu opieki medycznej będą przyjmowani pacjenci z **terenu Miasta Krakowa**:

- a) **bezpośrednio po przebytej hospitalizacji**, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej
albo
- b) pacjentowi, którym **w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego**
oraz
- c) wymagający, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy **w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.**

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte wyłącznie **osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.).

Ze względu na charakter opieki świadczonej w dziennym domu opieki medycznej, ze wsparcia **wyłączone będą osoby** korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ambulatoryjnych lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych, a także osoby, w przypadku których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie (korzystające ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Zgłoszenia pacjentów do dziennego domu opieki medycznej będą przyjmowane w naborze ciągłym. Podstawą przyjęcia pacjenta do dziennego domu opieki medycznej będzie:

- **Skierowanie** wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bądź lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielającego świadczeń w szpitalu w przypadku pacjentów bezpośrednio po leczeniu szpitalnym.
- **Karta oceny świadczeniobiorcy**, sporządzana przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego, z zastosowaniem skali poziomu samodzielności Barthel.

Złożone dokumenty będą podlegały weryfikacji formalnej przez wyznaczony zespół pracowników placówki. Oceny spełnienia warunków kwalifikacji do świadczeń w ramach dziennego domu opieki medycznej dokonywać będzie natomiast powołany w tym celu zespół terapeutyczny. Tworzona będzie lista kandydatów. Wsparcie udzielane będzie osobom ujętym na liście wg. kolejności zgłoszeń, w miarę dostępności miejsc.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i **nie może być krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 90 dni roboczych**.

W pierwszym miesiącu, pacjenci przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez 5 dni w tygodniu przez **8 godzin dziennie**, następnie w zależności od poprawy stanu zdrowia, liczba i częstotliwość udzielanych świadczeń może być stopniowo zmniejszana w zależności od potrzeb indywidualnych każdego pacjenta, jednak nie może odbywać się w czasie krótszym niż 4 godziny dziennie.

Podmiot leczniczy prowadzący dzienny dom opieki medycznej zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacyjnego działania dziennego domu opieki medycznej, który będzie określał w szczególności godziny pracy.

Sposób udzielania świadczeń w dziennym domu opieki medycznej:

- najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny dokonuje oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, ocenę odżywienia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, w zależności od potrzeb - również innych obszarów np. stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, określenie występowania niewydolności krążenia lub ryzyko upadków.
- w przypadku osób powyżej 65 r.ż. wykonuje się **całościową ocenę geriatryczną (COG)**, składającą się z oceny stanu czynnościowego i fizycznego, a także funkcji umysłowych oraz oceny socjalno-środowiskowej, poprzedzonej wykonaniem oceny według skali VES-13.
- na podstawie przeprowadzonej całościowej oceny, zespół terapeutyczny przygotowuje **indywidualny plan wsparcia**, określający m.in. liczbę i rodzaj planowanych świadczeń oraz czas trwania terapii.
- **na koniec każdego miesiąca** zespół terapeutyczny dokonuje **oceny rezultatów podjętych działań**. Jeżeli stwierdzi u uczestnika programu postępy w samodzielnym wykonywaniu czynności życia codziennego, może modyfikować przyjęty plan działania i podjąć decyzję o dalszym sprawowaniu opieki. Natomiast w przypadku, kiedy brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta, zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej.
- **przed wypisaniem** pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny **ponownej oceny stanu zdrowia**.
- pracownik socjalny przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc.

W dziennym domu opieki medycznej będzie mogło przebywać jednorazowo **do 12 osób**.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, z późniejszymi zmianami, świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1, ww. ustawy są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności (skalą Barthel), otrzymał 40 punktów lub mniej. Brak jest natomiast świadczeń gwarantowanych dla pacjentów, którzy wymagają ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów. Zaplanowane działania **stanowią zatem uzupełnienie już istniejących świadczeń zdrowotnych**, co jest zdecydowanie pozytywnym działaniem, z punktu widzenia uzyskania efektów zdrowotnych.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Nie dotyczy.

7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Zakończeniu udziału w programie oznacza zrealizowanie pełnej ścieżki wsparcia określonej w indywidualnym planie wsparcia. Czas trwania pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest ustalany indywidualnie dla każdego pacjenta i wynosi on od 30 do 90 dni roboczych.

Przed wypisaniem pacjenta konieczne jest dokonanie przez zespół terapeutyczny ponownej oceny stanu zdrowia. Sporządzana jest również karta informacyjna z leczenia w dziennym domu opieki medycznej zawierająca m.in. zalecenia oraz wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia (zalecenia lekarskie, pielęgnarskie, fizykoterapeutyczne i dietetyczne).

Dodatkowo, przed wypisem z programu, pracownik socjalny przeprowadza ocenę możliwości powrotu pacjenta do domu, jego warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i socjalnej – na tej podstawie może podjąć decyzję o konieczności skierowania do innej placówki świadczącej pomoc instytucjonalną, np. dom pomocy społecznej, etc. W przypadku konieczności wsparcia socjalno-bytowego pacjenta i jego opiekunów, można nawiązać współpracę z ośrodkiem pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Zakończenie udziału w programie (niezgodnie ze ścieżką wsparcia) następuje w przypadku, gdy:

- oceny rezultatów podjętych działań (przeprowadzana na koniec każdego miesiąca przez zespół terapeutyczny) wskazuje, że brak jest postępów w wyniku stosowanej terapii, rehabilitacji oraz metod pielęgnacji, jak również edukacji pacjenta. Wówczas zespół podejmuje decyzję o wypisaniu uczestnika z programu, informując równocześnie o możliwościach korzystania z innego rodzaju świadczeń zdrowotnych lub świadczeń realizowanych w ramach pomocy społecznej,
- pacjent dobrowolnie rezygnuje z uczestnictwa w programie,
- stan zdrowia pacjenta pogorszył się i wymaga on realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program zdrowotny będzie realizowany przez jednostki medyczne, które zostaną wybrane do realizacji programu w drodze konkursu. Świadczenia zdrowotne będą realizowane zgodnie z aktami prawnymi z zakresu ochrony zdrowia obejmującymi przede wszystkim:

- ustawę o działalności leczniczej,
- ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- ustawę o zawodach pielęgniarstwa i położnej,
- ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- ustawę o ochronie zdrowia psychicznego,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- ustawę o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
- ustawę Prawo farmaceutyczne.

Świadczenia oferowane w ramach programu nie będą świadczeniami nowymi. Program ma na celu zmianę sposobu realizacji świadczeń poprzez deinstytucjonalizację opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi).

9. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Wymagania dotyczące realizatora programu: podmiotami uprawnionymi do realizacji programu będą podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą²⁶.

Zalecane jest, aby podmiot realizujący program posiadał doświadczenie w prowadzeniu działalności w następujących obszarach: opieka długoterminowa dla przewlekle chorych, opieka długoterminowa dla przewlekle chorych psychiatrycznie, opieka paliatywna, zabiegi rehabilitacyjne, opieka hospicyjna. Dodatkowym atutem będzie doświadczenie w realizacji działań o podobnym charakterze np. w ramach działania 5.2 *Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*, Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER).

Wymagania dotyczące personelu: opieka dla 10 – 12 pacjentów realizowana będzie przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny o następujących kwalifikacjach:

- **Lekarz specjalista:** wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu, specjalizacja z dziedziny chorób wewnętrznych.

²⁶ W rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618)

- **Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego:** magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach. Wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu.
- **Pielęgniarka:** wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu.
- **Fizjoterapeuta:** wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, technik fizjoterapii.
- **Opiekun medyczny** - wymagane:
 - kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończone szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej, lub
 - doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyte minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi.
- **Terapeuta zajęciowy** – wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej.
- **Psycholog** – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia.
- **Dietetyk** - wymagane wykształcenie kierunkowe – tytuł magistra lub licencjata lub tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk,

Wymagania dotyczące infrastruktury dziennego domu opieki: pomieszczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych. Wymagane będzie spełnianie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

W budynku lub w zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń, muszą być zapewnione co najmniej następujące warunki:

- szatnia,
- toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu,
- łazienka z umywalką, prysznicem i krzesłem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny,
- dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem,
- pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej,
- pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową,
- pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią),
- pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do:
 - kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL),
 - krioterapii miejscowej,
 - masażu (stół do masażu),
 - elektrolecznictwa,
 - światłolecznictwa,
 - leczenia polem elektromagnetycznym.

- pomieszczenie dla chorych częściowo leżących z co najmniej 2 łózkami na 10-15 uczestników programu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu,
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

W dziennym domu opieki medycznej musi być zapewniony następujący sprzęt medyczny:

- aparat EKG,
- zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej,
- aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- zestaw do reanimacji,
- glukometr,
- stetoskop,
- kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

W raporcie pt. „Ewaluacja bieżąca projektów PO WER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej (DDDOM) z czerwca 2017 r. dowiedziono, że Dienne Domy Opieki Medycznej, które zostały utworzone i rozpoczęły funkcjonowanie w ramach projektów PO WER są skuteczną i efektywną formą opieki zdrowotnej skierowaną do osób niesamodzielnych. Raport wskazuje, że ta forma wsparcia właściwie wypełnia lukę w opiece medycznej nad pacjentem, dla którego opieka sprawowana w ramach POZ lub ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego nie jest wystarczająca, a jednocześnie który nie wymaga hospitalizacji czy opieki w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Ponadto zaangażowanie wysoko wykwalifikowanego personelu oraz specjalistów, przy zapewnieniu zindywidualizowanego i kompleksowego podejścia w procesie rehabilitacji, zapewnia wysoki poziom usług zdrowotnych.

Przeprowadzone badanie ewaluacyjne wykazało, że seniorzy bardzo wysoko ocenili wsparcie udzielane w dziennych domach opieki medycznej, w tym najwyższe noty otrzymały świadczone usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne (90% wskazań zdecydowanie dobrze). Bardzo wysoko ocenione zostały także świadczone usługi lekarskie, ogólne warunki lokalowe, posiłki oraz godziny funkcjonowania. Pozytywnie ocenione zostały też efekty wsparcia. 57% badanych uznało, że stan ich zdrowia od czasu pobytu w dziennym domu opieki medycznej uległ znacznej poprawie. Niemal co trzeci pacjent zauważył natomiast niewielką poprawę stanu zdrowia (33%) co może wynikać z tego, że badane osoby nie zakończyły jeszcze swojego pobytu w placówce. Wnioski z przeprowadzonych wywiadów pogłębionych wskazują na wieloaspektowe, pozytywne efekty korzystania z tej formy wsparcia. Zasadniczo największy nacisk kładziono na poprawę zdrowia fizycznego i lepszą kondycję psychiczną oraz na poprawę relacji rodzinnych. Zauważono, iż regularna i profesjonalnie przeprowadzana rehabilitacja szybko przynosi widoczne efekty i poprawę sprawności fizycznej osób, które uległy wcześniejszym kontuzjom. Poprawa stanu zdrowia, a także przebywanie w nowym środowisku społecznym istotnie wpływa także na poprawę kondycji psychicznej seniorów. Dienne domy opieki medycznej poza podstawową opieką medyczną, pełnią też znaczącą funkcję socjalizacyjną i zapobiegają wykluczeniu społecznemu osób starszych. Pacjenci odzyskują wiarę, że ich stan zdrowia może się poprawić. Wraz z odzyskiwaniem sprawności wzrasta u nich motywacja do uczestniczenia w rehabilitacji, często deklarują także, że po zakończonym pobycie w placówce będą kontynuować ćwiczenia w domu.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe

Budżet programu zaplanowany został w oparciu o model populacyjny, opierający się na kosztach jednostkowych. **Koszt jednostkowy to koszt pobytu jednego pacjenta w dziennym domu opieki medycznej przez 60 dni roboczych.**

Oszacowano, iż **dzienny koszt pobytu** jednego pacjenta w dziennym domu opieki medycznej wynosi 172,57 zł, co w przeliczeniu na dni robocze wyniesie 250,64 zł. Kwota ta pozwala zapewnić pacjentowi opiekę lekarską, pielęgniarzką, fizjoterapię, terapię zajęciową, świadczenia opiekuna medycznego, opiekę psychologa, logopedy i dietetyka. W kwocie tej skalkulowane jest również całonocne wyżywienie i koszt transportu pacjenta, a także koszty ogólne związane z bieżącą działalnością dziennego domu opieki medycznej (np. leki, opatrunki, jednorazowy sprzęt medyczny itp.). Szczegółowe założenia budżetowe przedstawiono poniżej:

KOSZTY WYNAGRODZEŃ		
Założenia:		
➤ Poziom wynagrodzeń ustalony został w oparciu o zapisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych. ➤ Zapotrzebowanie na personel oszacowane zostało w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie 10-12 osób).		
STANOWISKO	ETAT	WYNAGRODZENIE MIESIĘCZNE [PLN /m-c]
lekarz specjalista	0,5	6 124,66
pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego	1	6 678,71
pielęgniarka	1	4 758,80
fizjoterapeuta	3	12 219,67
opiekun medyczny	2	6 422,38
terapeuta zajęciowy	2	8 328,83
psycholog lub psychoterapeuta	0,25	1 300,06
dietetyk	0,2	887,60
logopeda lub afazjolog	0,2	887,60
	RAZEM	47 608,31
KOSZT WYŻYWIENIA		
Założenia:		
➤ Wyżywienie jednego pacjenta obejmuje: śniadanie, napoje i dwudaniowy obiad (zupa, drugie danie oraz napój). ➤ Koszt wyżywienia dziennego dla 1 pacjenta oszacowano na kwotę 18,00 zł. ➤ Zapotrzebowanie na wyżywienie oszacowane zostało w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie 10-12 osób, które przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez ok. 21 dni roboczych w miesiącu).		
STAWKA	LICZBA OSOBODNI W MIESIĄCU	KOSZT CAŁKOWITY [PLN]
18,00	12 os. x 21 dni = 252	4 536,00

KOSZT TRANSPORTU		
Założenia: ➤ Koszt ten obejmuje zwrot kosztów przejazdu publicznymi środkami transportu na terenie miasta Krakowa. ➤ Koszt dziennego transportu dla 1 pacjenta oszacowano na kwotę 8,00 zł (2 bilety x 4,00 zł). ➤ Zapotrzebowanie na transport oszacowano w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie 10-12 osób, które przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez ok. 21 dni roboczych w miesiącu).		
STAWKA	LICZBA OSOBODNI W MIESIĄCU	KOSZT CAŁKOWITY [PLN]
8,00	12 os. x 21 dni = 252	2 016,00
KOSZTY OGÓLNE		
Założenia: ➤ Koszt ten obejmuje koszty ogólne działalności dziennego domu opieki medycznej, w tym w szczególności: koszty amortyzacji niezbędnego sprzętu, bieżące remonty i konserwację, środki czystości, usługi obce, leki i opatrunki, drobne wyposażenie, odczynniki chemiczne, sprzęt jednorazowy, usługi medyczne, pozostałe materiały, działania promocyjno – informacyjne. ➤ Dane oszacowane na podstawie informacji przekazanych przez podmioty realizujące podobne działania na terenie Miasta Krakowa.		
KATEGORIA	KOSZT MIESIĘCZNY [PLN /m-c]	
KOSZTY OGÓLNE	8 999,88	

Podsumowując miesięczne koszty działalności dziennego domu opieki medycznej wyniosą:

KATEGORIA	KOSZT [PLN /m-c]
KOSZTY WYNAGRODZEŃ	47 608,31
KOSZT WYŻYWIENIA	4 536,00
KOSZT TRANSPORTU	2 016,00
KOSZTY OGÓLNE	8 999,88
RAZEM	63 160,19

Stawka za osobodzień*:	250,64
KOSZT JEDNOSTKOWY [stawka x 60 dni roboczych]	15 038,40

* przy założeniu 21 dni roboczych w roku

2. Planowane koszty całkowite

Planowane całkowite koszty realizacji programu stanowią iloczyn kosztu jednostkowego oraz planowanej do objęcia wsparciem liczby uczestników (populacji docelowej). Zostały one oszacowane w następujący sposób:

KOSZ JEDNOSTKOWY	LICZEBNOŚĆ POPULACJI DOCELOWEJ	KOSZT CAŁKOWITY PROGRAMU
15 038,40 PLN	250 osób	3 759 600,00 PLN

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Jednostką odpowiedzialną za finansowanie programu będzie **Gmina Miejska Kraków**. Nie przewiduje się partnerstwa w zakresie finansowania programu. Ponieważ niniejszy projekt będzie projektem wieloletnim w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawarta zostanie klauzula o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu Gminy Miejskiej Kraków.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Prześankami przemawiającymi za wyborem niniejszego programu zdrowotnego do realizacji są:

- niekorzystne tendencje demograficzne, wskazujące na rosnącą populację osób starszych,
- niedostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych,
- brak koordynacji opieki ukierunkowanej na pacjenta geriatrycznego,
- słabo rozwiniętym systemie opieki domowej i dziennej nad osobami starszymi,
- brak świadczeń gwarantowanych dla pacjentów, którzy wymagają ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 pkt.

Istnieje zatem potrzeba tworzenia wyspecjalizowanych placówek, zapewniających dzienną opiekę i aktywizację osób starszych. Placówki takie pozwalają maksymalnie wydłużyć czas, w którym możliwe jest przebywanie osoby starszej we własnym środowisku i pozostanie w domu. Są one wskazane zarówno ze względów psychologicznych, ale i ze względu na uwarunkowania kulturowe. Ponadto **opieka ta jest tańsza od opieki stacjonarnej, a także korzystniejsza z punktu widzenia podtrzymywania dobrej kondycji zdrowotnej oraz psychicznej osób starszych.**

W oparciu o dane przekazane przez miejskie podmioty lecznicze średni koszt jednego osobodnia na oddziale ogólnym w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, zapewniającym stacjonarną opiekę całodobową pacjentom wymagającym opieki długoterminowej wynosi 250,36 zł (realny koszt całkowity). Z kolei koszt jednego osobodnia w dziennym domu opieki medycznej oszacowano na 250,64 zł, przy czym koszt ten obliczony został wyłącznie dla dni roboczych i w przeliczeniu na dni kalendarzowe wynosi 172,57 zł. Co więcej koszt ten uwzględnia koszt żywienia, transportu oraz kosztów ogólnej działalności, które nie są kalkulowane w koszcie pobytu w placówce stacjonarnej. Należy zauważyć również, że zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Zgodnie z wytycznymi ustawowymi wysokość opłaty ustala się w wysokości: 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu. **Jak wynika z powyższych danych koszt pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest znacznie niższy od kosztu opieki nad pacjentem w systemie stacjonarnym całodobowym.** Niestety w chwili obecnej ze względu na brak rozwiązań systemowych zdarza się, że opieką stacjonarną obejmowane są osoby, które mogłyby zostać skierowane do placówki dziennej opieki m.in. poprzez wydłużenie czasu trwania opieki stacjonarnej.

Zaplanowane w programie środki będą wydatkowane w sposób optymalny i efektywny. Warto podkreślić, że zdecydowana większość kosztów ponoszonych przez dzienny dom opieki medycznej ma charakter stały, a są to w szczególności koszty personelu. Istnieje zatem możliwość zwiększenia efektywności kosztowej takiej placówki w przyszłości, poprzez zwiększenie liczby pacjentów objętych opieką.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu oceniana będzie na podstawie rejestru pacjentów dziennego domu opieki medycznej, zawierającego dane o liczbie osób które zgłosiły się do programu oraz które program ukończyły. Ocena zawierać będzie analizę osób objętych programem zdrowotnym (docelowo: 250 os.) w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu. Każdorazowo wskazywane będą powody, dla których świadczenia u niektórych osób nie zostały zrealizowane (aspekty zdrowotne, aspekty etyczne etc.). **Wskaźnikami** określającym poziom zgłaszalności będą zatem:

- odsetek osób które zgłosiły się do programu, w grupie docelowej (250 os.)
- odsetek osób które zgłosiły się do programu, w populacji docelowej (130 000 os.)

Stały monitoring oraz podjęcie szerokich akcji informacyjnych, a także współpraca z innymi jednostkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej np. przychodniami POZ, poradniami rehabilitacyjnymi, poradniami geriatrycznymi, DPS, MOPS etc. pozwoli zapewnić odpowiedni poziom zgłaszalności do programu.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości udzielanych świadczeń będzie uwzględniać:

- ocenę uczestnika programu (przeprowadzoną za pomocą **ankiety satysfakcji**). Ankieta przeprowadzana będzie na zakończenie pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej. Zawierać będzie pytania dotyczące warunków pobytu w placówce oraz jakości oferowanych świadczeń. Ponadto ankieta będzie zawierać pytania dot. danych statystycznych (płeć i wiek).
- **obiektywną ocenę osoby kontrolującej** jakość przeprowadzanych procedur w ramach programu. Zapewniony zostanie system kontroli wewnętrznej (poprzez odpowiednio ustalony system podległości służbowej oraz nadzór kierowniczy), jak i kontroli zewnętrznej (przez podmiot finansujący program) na podstawie okresowych sprawozdań z realizacji programu. Wnioski z przeprowadzonych kontroli będą podstawą do modyfikacji i poprawy programu w kolejnych okresach.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności udzielanych świadczeń będzie uwzględniać:

- ocenę uczestnika programu (przeprowadzoną za pomocą opisanej powyżej **ankiety satysfakcji**, której elementem będzie badanie efektów pobytu w dziennym domu opieki zdrowotnej).
- **ocenę opierającą się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu a stanem po jego zakończeniu.** Wskaźnikiem dedykowanym do oceny efektywności programu będzie wskaźnik pt. *Liczba pacjentów dziennego domu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa, u których poziom samodzielności (mierzony skalą Barthel) nie uległ pogorszeniu.* Poziom samodzielności mierzony będzie u każdego pacjenta przynajmniej dwa razy w trakcie programu tj. przy przyjęciu do dziennego domu opieki medycznej oraz przed wypisem. Porównanie otrzymanych wyników pozwoli na analizę efektywności udzielonego wsparcia. Ocena powinna uwzględniać również analizę sytuacji zdrowotnej (poziomu samodzielności) w populacji kwalifikującej się do objęcia programem.

METODOLOGIA BADANIA – badanie obejmować będzie metody ilościowe i jakościowe. Ocena wsparcia prowadzona będzie zarówno w oparciu o:

- analizę danych zastanych - desk research, w tym w szczególności dokumentacji związanej z funkcjonowaniem dziennego domu opieki medycznej, np. regulaminów, danych zbieranych na potrzeby realizacji programu np. rejestry, sprawozdania, raporty, jak i ogólnodostępnych publikacji, danych statystycznych.
- Wywiady kwestionariuszowe (ankiety) z pacjentami dziennego domu opieki medycznej. Ponieważ opierać się one będą na współpracy z uczestnikami badania, niezbędne jest prowadzenie w okresie trwania programu działań informacyjnych, które zapewnią pełną współpracę z uczestnikami, tak, aby uzyskane dane w jak największym stopniu odzwierciedlały rzeczywistą sytuację.

PLAN DZIAŁAŃ – ustalony zostanie szczegółowy plan działań określający poszczególne kroki zdefiniowane w czasie ze wskazaniem osób odpowiedzialnych.

MONITORING - dane zbierane będą nieprzerwanie przez cały okres realizacji programu (stały monitoring). Analiza danych dotyczących zgłaszalności do programu i jakości świadczeń będzie odbywać się raz na kwartał i zakończona będzie raportem okresowym. Monitorowanie programu zostanie zakończone wraz z końcem udzielania świadczeń zdrowotnych. Sporządzony zostanie raport końcowy.

EWALUACJA - rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu. Obejmować będzie w szczególności analizę danych dotyczących efektywności programu, dlatego też przeprowadzona będzie w dłuższej perspektywie czasowej tj. po zakończeniu 5-letniego okresu realizacji. Ewaluacja zakończona będzie raportem końcowym. Będzie on zawierać również elementy niezbędne do całościowej oceny programu, w tym m.in. skrócony opis prowadzonych działań, oceniane wskaźniki, sposób zbierania danych, sposób analizy, osoby odpowiedzialne za proces, analizowany okres.

PUBLIKACJA WYNIKÓW - raporty z monitorowania i ewaluacji będą rozpowszechnione, tak aby możliwe było ich wykorzystanie przy planowaniu innych programów. Kanałem dystrybucji będzie w szczególności strona internetowa podmiotu realizującego program.

4. Ocena trwałości efektów programu

Trwałość programu zapewniona zostanie poprzez:

- **planowanie strategiczne**, które prowadzi program w kierunku zakładanych celów. W okresie trwałości planuje się realizację zadań, które przyczynią się do utrzymania osiągniętych efektów, w tym w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do pacjentów i opiekunów, które pozwolą na kontynuację opieki nad pacjentem w środowisku domowym, co korzystnie wpłynie na stan zdrowia tych osób. Realizacja zaleceń wydanych przez personel dziennego domu opieki medycznej pozwoli pacjentom dłużej utrzymać sprawność fizyczną i psychiczną. Wiele z rozpoczętych terapii pacjenci i opiekunowie będą w stanie kontynuować samodzielnie w domu.
- **potencjał organizacyjny** - Gmina Miejska Kraków posiada odpowiedni potencjał oraz zasoby do efektywnego zarządzania programem. Z przeprowadzonej analizy wynika, iż na terenie Miasta Kraków funkcjonują jednostki ochrony zdrowia, które z powodzeniem mogą realizować niniejszy program, posiadają bowiem niezbędne zasoby lokalowe, ludzkie i organizacyjne, a niekiedy również doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć.
- **wsparcie polityczne/środowiskowe** – Gmina Miejska Kraków, jako jednostka samorządu terytorialnego jest umocowana na podstawie art. 48 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programu polityki zdrowotnej. Gmina aktywnie wspiera wszelkie inicjatywy związane ze wsparciem osób starszych i niesamodzielnych.

W 2013 r. Kraków podpisał Deklarację Dublińską, która zachęca miasta do budowania przestrzeni przyjaznej ludziom starszym. Kraków przystąpił także do Przymierza Miast Przyjaznych Osobom Starszym. W 2014 r. powstała Rada Krakowskich Seniorów – 25-osobowe gremium o charakterze inicjatywnym, doradczym i konsultacyjnym wobec organów Gminy Miejskiej Kraków. W tym samym roku powstało również Krakowskie Centrum Seniora, czyli miejsce skupiające seniorów wolontariuszy, którzy chcą działać na rzecz aktywizacji środowiska senioralnego. W marcu 2015 r. Rada Miasta Krakowa przyjęła Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2015–2020 (PASIOS), przygotowany przez Urząd Miasta Krakowa wraz z Radą Krakowskich Seniorów i Krakowskim Centrum Seniora. Na podstawie programu powstają Centra Aktywności Seniorów, czyli miejsca integracji oraz aktywizacji społecznej i prozdrowotnej osób starszych – mieszkańców Krakowa w wieku 60+. Ponadto przedmiotowy program zdrowotny wpisuje się w następujące dokumenty strategiczne:

- Strategii Rozwoju Krakowa, Cel strategiczny I Kraków miastem przyjaznym rodzinie, atrakcyjnym miejscem zamieszkania i pobytu, Cel operacyjny I.5: Zapewnienie mieszkańcom właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego.
- Miejski Program Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2016–2018”, Priorytet nr 3 Poprawa warunków dostępności do świadczeń zdrowotnych – stworzenie warunków dla świadczenia usług medycznych o możliwie najwyższej jakości i dostępności.
- **stabilność finansowa** – zapewniona zostanie przez finansowanie program z budżetu Gminy Miejskiej Kraków. Środki na realizację program zapewnione zostaną w budżecie miasta.
- **ewaluacja i adaptacja programu** – zaplanowany system bieżącego i okresowego monitoringu zapewni efektywność realizacji programu, umożliwiając natychmiastową reakcję na pojawiające się zmiany w otoczeniu programu.

Zaplanowane w ramach program działania będą skutkować długofalowymi efektami zdrowotnymi w postaci poprawy stanu zdrowia i samodzielności pacjentów dziennego domu opieki medycznej. Czas trwania programu (5 lat) zaplanowano mając na uwadze uzyskanie trwałych efektów jego realizacji. Ze względu na specyfikę grupy docelowej, która charakteryzuje się wysoką zachorowalnością na choroby przewlekłe oraz współistnieniem wielu chorób, a także naturalnym starzeniem się organizmu, nie jest możliwe określenie czasu przez jaki utrzymywać się będą efekty zdrowotne programu. Te bowiem będą każdorazowo uzależnione od indywidualnych cech pacjenta.

CZYNNOŚCI REALIZOWANE NA RZECZ PACJENTÓW

lp	nazwa czynności	częstość realizacji	personel realizujący
1	Ocena sprawności funkcjonowania przez lekarza	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
2	Ocena stanu zdrowia przez lekarza	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
3	Skala NYHA	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
4	Wywiad lekarski	przy przyjęciu	lekarz
5	Badanie przedmiotowe pacjenta	przy przyjęciu /w razie konieczności	lekarz
6	Badanie podmiotowe pacjenta	przy przyjęciu	lekarz
7	Zlecanie badań diagnostycznych	w razie konieczności	lekarz
8	Interpretacja badań diagnostycznych i obrazowych	przy przyjęciu /w razie konieczności	lekarz
9	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez lekarza	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	lekarz
10	Konsultacje lekarza	w razie konieczności	lekarz
11	Analiza archiwalnej dokumentacji medycznej w aspekcie wielochorobowości i różnorodnych potrzeb zdrowotnych i socjalnych	przy przyjęciu	lekarz
12	Całościowa ocena geriatryczna	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
13	Ocena interakcji lekových i ocena stosowanego leczenia farmakologicznego	przy przyjęciu	lekarz
14	Ocena aktywności ruchowej (ocena chodu i lokomocji)	przy przyjęciu/po 30 dniach/w razie konieczności/przed wypisem	lekarz
15	Badanie fizykalne	przy przyjęciu/w razie konieczności/po 30dniach pobytu	lekarz
16	Ocena bezpieczeństwa ryzyka upadku	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu/przed wypisem	lekarz
17	Ocena deformacji i zniekształceń	przy przyjęciu	lekarz
18	Interpretacja badań diagnostycznych i obrazowych	przy przyjęciu /w razie konieczności	lekarz
19	Planowanie programu rehabilitacji	przy przyjęciu/w razie konieczności	lekarz
20	Nadzór nad procesem rehabilitacyjnym	cały dzień	lekarz
21	Podsumowanie pobytu i osiągniętych rezultatów leczenia	po 30 dniach /przed wypisem	lekarz
22	Ocena stanu zdrowia przez pielęgniarkę	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka

23	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez pielęgniarkę	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	pielęgniarka
24	Konsultacja pielęgniarska	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
25	Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego wg Katza	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
26	Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego skala Lawtona	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30dni pobytu	pielęgniarka
27	Indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
28	Skala VES -13	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
29	Test widzenia	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
30	Test szeptu	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
31	Określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	pielęgniarka
32	Edukacja zdrowotna	codziennie	pielęgniarka
33	Pobieranie krwi do badań analitycznych	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
34	EGK	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
35	Pomiar glukozy na glukometrze	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
36	Pomiar CTK i AS	w zależności od potrzeb	pielęgniarka
37	Ocena sprawności funkcjonowania dietetyka	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	dietetyk
38	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez dietetyka	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	dietetyk
39	Konsultacja dietetyka	w zależności od potrzeb	dietetyk
40	Skala MNA	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	dietetyk
41	Edukacja dietetyczna	codziennie	dietetyk
42	Test rysowania zegara	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
43	Test Mini Mental State Examination	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
44	Geriatryczna Skala Oceny Depresji	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
45	Ocena Socjalno-Środowiskowa	przy przyjęciu	psycholog

46	Skala Hamiltona	u pacjentów poniżej 65 roku życia/przy przyjęciu /przed wypisem/po 30 dniach pobytu	psycholog
47	Ocena sprawności funkcjonowania psychologa	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	psycholog
48	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez psychologa	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	psycholog
49	Konsultacje psychologa	w zależności od potrzeb	psycholog
50	Ocena sprawności funkcjonowania terapeuty zajęciowego	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	terapeuta zajęciowy
51	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez terapeutę zajęciowego	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	terapeuta zajęciowy
52	Ćwiczenia funkcji poznawczych	codziennie	terapeuta zajęciowy
53	Ćwiczenia pamięci	codziennie	terapeuta zajęciowy
54	Ćwiczenia usprawniające funkcje językowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
55	Ćwiczenia stymulujące pamięć świeżą	codziennie	terapeuta zajęciowy
56	Ćwiczenia poprawiające umiejętności wzrokowo-przestrzenne	codziennie	terapeuta zajęciowy
57	Ćwiczenia poprawiające zdolności liczenia	codziennie	terapeuta zajęciowy
58	Ćwiczenia koncentracji uwagi	codziennie	terapeuta zajęciowy
59	Ćwiczenia usprawniające orientację wzrokową	codziennie	terapeuta zajęciowy
60	Ćwiczenia rozpoznawania kolorów	codziennie	terapeuta zajęciowy
61	Ćwiczenia poprawiające funkcję kojarzenia	codziennie	terapeuta zajęciowy
62	Ćwiczenia poprawiające zdolność myślenia abstrakcyjnego	codziennie	terapeuta zajęciowy
63	Ćwiczenia usprawniające stymulację koncentracji uwagi	codziennie	terapeuta zajęciowy
64	Ćwiczenia usprawniające zdolność nazywania	codziennie	terapeuta zajęciowy
65	Ćwiczenia poprawy zdolności liczbowych	codziennie	terapeuta zajęciowy
66	Ćwiczenia usprawniające zdolności przestrzenne	codziennie	terapeuta zajęciowy
67	Ćwiczenia usprawniające funkcje spostrzerzeniowe, koncentracji uwagi i kojarzenia	codziennie	terapeuta zajęciowy
68	Ćwiczenia pamięci odległej	codziennie	terapeuta zajęciowy
69	Ćwiczenia sprawności manualnej	codziennie	terapeuta zajęciowy
70	Ćwiczenia poprawy funkcjonowania dnia codziennego	codziennie	terapeuta zajęciowy
71	Muzykoterapia bierna	codziennie	terapeuta zajęciowy
72	Muzykoterapia czynna	codziennie	terapeuta zajęciowy
73	Malowanie i rysowanie antystresowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
74	Biblioterapia czynna	codziennie	terapeuta zajęciowy
75	Biblioterapia bierna	codziennie	terapeuta zajęciowy
76	Relaksacja i ćwiczenia oddechowe	codziennie	terapeuta zajęciowy

77	Ludoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
78	Arteterapia-origami modułowe	codziennie	terapeuta zajęciowy
79	Silwoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
80	Hortiterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
81	Socjoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
82	Estetoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
83	Ergoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
84	Wykonywanie czynności dnia codziennego	codziennie	terapeuta zajęciowy
85	Chromoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
86	Choreoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
87	Filmoterapia	codziennie	terapeuta zajęciowy
88	Test Tinetti	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	fizjoterapeuta
89	Test „Wstań i idź”	przy przyjęciu/przed wypisem/po ukończeniu 30 dni pobytu	fizjoterapeuta
90	Ćwiczenia czynne wolne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
91	Ćwiczenia czynne z oporem	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
92	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
93	Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
94	Ćwiczenia samowspomagane	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
95	Ćwiczenia czynno-bierne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
96	Ćwiczenia bierne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
97	Ćwiczenia izometryczne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
98	Ćwiczenia według metod neurofizjologicznych	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
99	Ćwiczenia oddechowe	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
100	Ćwiczenia specjalne	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
101	Doskonalenie czynności lokomocji	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
102	Masaż	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
103	Zabiegi krioterapii (z wykorzystaniem ciekłego azotu)	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
104	Zabiegi z wykorzystaniem lampy Sollux	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
105	Zabiegi z wykorzystaniem lampy Bioptron	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
106	Zabiegi z wykorzystaniem zmiennego pola magnetycznego niskiej częstotliwości	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta

107	Zabiegi z wykorzystaniem prądów interferencyjnych	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
108	Zabiegi z wykorzystaniem prądów TENS	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
109	Zabiegi z wykorzystaniem prądów MENS	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
110	Zabiegi z wykorzystaniem prądu galwanicznego	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
111	Zabiegi jonoforezy	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
112	Zabiegi z wykorzystaniem prądów Traberta	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
113	Zabiegi z wykorzystaniem prądów diadynamicznych	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
114	Zabiegi elektrostymulacji	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
115	Zabiegi z wykorzystaniem ultradźwięków	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
116	Zabiegi fonoforezy	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
117	Zabiegi laseroterapii	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
118	Zabiegi z wykorzystaniem impulsowego pola elektromagnetycznego wielkiej częstotliwości	w zależności od zaleceń lekarza	fizjoterapeuta
119	Pomoc w czynnościach samoobsługowych	codziennie	opiekun medyczny
120	Pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków	dwa razy dziennie	opiekun medyczny
121	Dopajanie pacjentów	cały dzień	opiekun medyczny
122	Pomoc w poruszaniu się	cały dzień	opiekun medyczny
123	Pomoc przy wsiadaniu i wysiadaniu ze środka transportu	dwa razy dziennie	opiekun medyczny
124	Pomoc w dotarciu do gabinetów lekarskich i sal rehabilitacyjnych	cały dzień	opiekun medyczny
125	Ważenie pacjentów	przy przyjęciu/przy wypisie/w razie konieczności	opiekun medyczny
126	Treningi czystości	cały dzień	opiekun medyczny
127	Konsultacja logopedyczna	w razie konieczności	logopeda
128	Ocena sprawności i funkcjonowania	przy przyjęciu/w razie konieczności	logopeda
129	Ustalenie indywidualnego planu wsparcia przez dietetyka	przy przyjęciu/po 30 dniach pobytu	logopeda
130	Codziennie ćwiczenia logopedyczne	codziennie	logopeda