



MINISTERSTWO ZDROWIA

# Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój – założenia pilotażowego wdrożenia standardu

Warszawa, 16.03.2015 r.

Krzysztof Górski

Naczelnik Wydziału Instytucji Wdrażającej PO KL  
Ministerstwo Zdrowia

# Plan prezentacji

1. Deinstytucjonalizacja w świetle zapisów *Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.*

2. Standard *dziennego domu opieki medycznej*

- Definicja dziennego domu opieki medycznej;
- Cele i zasady funkcjonowania dziennych domów opieki medycznej;
- Harmonogram realizacji działań.

3. Obszary problemowe.



# Deinstytucjonalizacja w świetle Wytycznych

## PO WER:

Działania z zakresu deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi realizowane w ramach PO WER dotyczą opracowania i pilotażowego wdrożenia modeli/standardów zdeinstytucjonalizowanej opieki nad osobami zależnymi.

## RPO:

### a) Działania wymagające wcześniejszego pilotażu:

- wsparcie działalności istniejących lub utworzenia nowych dziennych domów opieki medycznej oraz innych form opieki nad osobami zależnymi, w tym nad osobami starszymi, w formie działań upowszechniających rozwiązania wypracowane w ramach PO WER – **UWAGA: konkursy w ramach RPO w tym obszarze nie mogą być uruchomione przed zakończeniem pilotażu;**

### b) Działania, które nie wymagają wcześniejszego pilotażu:

- szkolenia dla opiekunów, w szczególności członków rodzin, w zakresie opieki nad osobami zależnymi, w tym osobami starszymi;
- przygotowanie i tworzenie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego, połączone z doradztwem w doborze sprzętu, treningami z zakresu samoobsługi sprzętu oraz przygotowanie warunków do opieki domowej;
- wsparcie projektów teleopieki, czyli doradztwa telefonicznego i bezpośredniej pomocy personelu medycznego na wezwanie w szczególnej sytuacji;
- szkolenia oraz prowadzenia doradztwa w zakresie dostosowania podmiotów leczniczych do potrzeb osób zależnych w tym osób starszych;
- wsparcie zespołów środowiskowych, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

**Wytyczne zostaną przekazane przez MIR do konsultacji w II kwartale 2015 r.**



# Definicja

- **Dzienny dom opieki medycznej (DDOM)** nad osobami niesamodzielnymi może być wyodrębnioną strukturalnie częścią placówki **podstawowej opieki zdrowotnej, kompleksu szpitalnego, poradni geriatrycznej lub odrębnym podmiotem leczniczym**, posiadającym pełne zabezpieczenie do prowadzenia diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej osób niesamodzielných, w szczególności osób starszych (powyżej 65 r.ż. ).
- W DDOM jednocześnie będzie mogło przebywać maksymalnie 15 pacjentów.
- Personel DDOM będzie mógł prowadzić szkolenia dla członków rodzin w zakresie prawidłowej opieki nad osobą zależną.



# Cele



## Główny cel:

- Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi, w tym osobami starszymi.

## Cele pośrednie:

- poprawa jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia, poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej;
- rozwój nowych form dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi;
- poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnymi;
- zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnymi;
- zwiększenie dostępności do niektórych świadczeń opieki zdrowotnej,
- rozwój wsparcia opiekunów osób niesamodzielnymi (edukacja, wsparcie psychologiczne).

# Kto będzie mógł korzystać ze wsparcia?

- Wsparcie skierowane będzie do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, realizowanego w trybie stacjonarnym.
- Pacjenci w wieku pow. 65 r.ż. będą mieli pierwszeństwo w przyjęciu do ośrodka domu opieki medycznej, a ich udział w ogólnej liczbie osób zakwalifikowanych do pobytu powinien stanowić  $\frac{3}{4}$  łącznej liczby pacjentów.
- Z dziennego domu opieki medycznej będą mogły korzystać wyłącznie osoby ubezpieczone



# Kryteria wyłączenia

- Osoby korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacji leczniczej, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych.
- Osoby, dla których podstawowym wskazaniem do objęcia ich opieką jest zaawansowana choroba psychiczna lub uzależnienie.
- Osoby chore psychicznie, których choroba związana jest z zaburzeniami psychotycznymi lub świadomości.
- Osoby uzależnione od niektórych substancji psychoaktywnych – alkoholu oraz narkotyków w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.



# Tryb kwalifikowania do pobytu w DDOM

- Pacjenci po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga bardziej zintensyfikowanej opieki, w celu poprawy stanu zdrowia oraz przeciwdziałania postępującej niesamodzielności.
- Pacjenci pozostający pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej, którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego i u których nastąpiło nagłe pogorszenie się stanu funkcjonalnego, z dużym ryzykiem kolejnej hospitalizacji.



# Tryb kwalifikowania do pobytu w DDOM

- Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (Skala Barthel) otrzymali **21-85 punktów (stan pacjenta „średnio ciężki”)**.



# Tryb kwalifikowania do pobytu w DDOM

- Kwalifikacji dokonuje:
  - ✓ lekarz prowadzący leczenie szpitalne (pacjenci objęci leczeniem szpitalnym),
  - ✓ lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (poz), we współpracy z pielęgniarką poz (pacjenci objęci leczeniem poz).



# Czas pobytu

- Czas pobytu będzie ustalany indywidualnie przez zespół terapeutyczny i nie będzie krótszy niż 30 dni roboczych i dłuższy niż 120 dni roboczych.
- Dom funkcjonuje przez cały rok, we wszystkie dni robocze, co najmniej 8 godzin dziennie, w godzinach dostosowanych do potrzeb pacjentów i ich rodzin.
- W wyjątkowych przypadkach ilość dni i godzin funkcjonowania domu może zostać dostosowana do lokalnych potrzeb.



# Personel

- Lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej;
- Lekarz specjalista w dziedzinie geriatrici, w dziedzinie neurologii, w dziedzinie kardiologii, w dziedzinie psychiatrii;
- Pielęgniarka;
- Osoba prowadząca fizjoterapię;
- Opiekun medyczny ;
- Terapeuta zajęciowy;
- Psycholog lub psychoterapeuta ;
- Logopeda ;
- Dietetyk .



# Wymagania lokalowe



Muszą być zapewnione następujące pomieszczenia i sprzęt:

- szatnia;
- toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet i mężczyzn oraz personelu;
- łazienka z umywalką, prysznicem i krzesłem wraz z uchwytyami (wskazana wanna z regulowaną wysokością) 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 oraz różnego rodzaju urządzenia;
- pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i spożywania posiłków, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i konsumpcji posiłków,
- pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią);
- pomieszczenie do rehabilitacji leczniczej wyposażone minimum 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

# Konkurs EFS – kryteria

## Kryteria dostępu:

- Projektodawca jest podmiotem leczniczym posiadającym umowę z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia spełniającym kryteria określone w standardzie dla dziennego domu opieki medycznej
- Projektodawca jest podmiotem leczniczym funkcjonującym w systemie ochrony zdrowia co najmniej od 1 stycznia 2012 r.
- Projektodawca określił sposób zapewnienia trwałości projektu przez okres co najmniej 3 lat po zakończeniu trwania projektu
- Wartość dofinansowania projektu nie przekracza 1 000 000,00 zł
- Projektodawca może złożyć nie więcej niż 1 wniosek o dofinansowanie projektu (niezależnie czy jako beneficjent czy partner projektu)

## Kryterium premiujące:

- Projektodawca jest podmiotem świadczącym usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – 40 pkt



# Wskaźniki



- Liczba podmiotów leczniczych, które zostały objęte narzędziami deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi – 40.
- Liczba zdeinstytucjonalizowanych miejsc opieki nad osobami zależnymi, które zostały utworzone w ramach programu – minimalnie 10 maksymalnie 15 w ramach każdego projektu.
- Liczba pacjentów, którzy zostali objęci opieką i ukończyli leczenie (spełnili medyczne kryteria wyjścia) – minimum 90 osób w ramach każdego projektu.
- Odsetek osób korzystających z usług dziennego domu opieki medycznej pozytywnie oceniających funkcjonowanie domu opieki medycznej (na podstawie badania satysfakcji pacjentów lub/i członków ich rodzin) – min. 80%.

# Warunki finansowe

- Koszt osobodnia za pobyt pacjenta w dziennym domu opieki medycznej (obejmujący zakres świadczeń udzielanych w ramach dziennych domów opieki medycznej) nie może przekroczyć kwoty 95 zł.
- Wartość dofinansowania – max. 1 mln PLN.
- Minimalny wkład własny – 3 % wartości projektu.



# Harmonogram



- Zatwierdzenie standardu przez Kierownictwo MZ – I kwartał 2015
- Ogłoszenie konkursu w ramach PO WER – II kwartał 2015
- Podpisanie umów – IV kwartał 2015
- Wdrażanie – 2016-2018
- Ewaluacja typu on-going/ex-post – 2017
- Ewentualna modyfikacja standardu – 2017
- Upowszechnienie standardu – **konkursy RPO – 2018**

Równolegle do działań EFS będą prowadzone prace związane z rozszerzeniem koszyka świadczeń gwarantowanych – wyodrębnienie świadczenia: **opieka poszpitalna.**

# Harmonogram

Pozostałe działania w zakresie wsparcia deinstytucjonalizacji opieki medycznej mogą być podejmowane od 2015 r. o ile zostaną ujęte w Planie Działania i zatwierdzone przez Komitet Sterujący.

# Obszary problemowe

- Podział zadań pomiędzy RPO – POWER

**Rekomendacja:** konkursy na dzienne domy opieki medycznej w ramach RPO powinny być zaplanowane na 2018 – konieczność zarezerwowania środków finansowych

- Podział zadań: opieka zdrowotna (MZ) a opieka socjalna (MPiPS)

**Rekomendacja:** MZ odpowiada za deinstytucjonalizację opieki medycznej (wdraża standard dziennego domu opieki medycznej; podmioty uprawnione do składania wniosków: podmioty lecznicze); MPiPS odpowiada za deinstytucjonalizację opieki społecznej (podmioty uprawnione do składania wniosków: DPS)

# Dziękuję za uwagę