

**UCHWAŁA NR V/47/2019
RADY MIASTA MARKI**

z dnia 20 lutego 2019 r.

**w sprawie przyjęcia i realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej dla
mieszkańców Gminy Miasto Marki na lata 2019 - 2021.**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) Rada Miasta Marki uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki na lata 2019 - 2021, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Marki.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia w Dzienniku Urzędowym Województwa Mazowieckiego.

Przewodniczący Rady Masta
Marki

Paweł Pniewski



**Miasto
Marki**

**Program Polityki Zdrowotnej
Gminy Miasto Marki
na lata 2019–2021**

w przedmiocie

opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki

**Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2018.0.1510 t.j.)**

Marki 2018

Urząd Miasta Marki

Wydział Promocji, Spraw Społecznych i Zdrowia

Spis treści

Spis tabel:	4
Spis rycin:.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego	5
Choroba lub problem zdrowotny	5
Epidemiologia.....	9
Obecne postępowanie	17
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności	21
Cel główny	21
Cele szczegółowe.....	21
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.....	21
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	23
Populacja docelowa.....	23
Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej	25
Kryteria włączenia	25
Kryteria wyłączenia.....	25
Planowane interwencje.....	26
Świadczenia w warunkach stacjonarnych:	26
Świadczenia w warunkach domowych:.....	27
Sposób udzielania świadczeń	27
Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	29
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	30
Etapy programu polityki zdrowotnej	30
Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	35

Wymagania kadrowe:.....	36
5. Monitoring i ewaluacja.....	37
Kontynuacja/trwałość programu.....	37
Monitoring.....	37
Ewaluacja.....	38
6. Koszty	40
Planowane koszty całkowite	41
Koszty jednostkowe.....	42
Źródła finansowania, partnerstwo	43
7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów	44
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	44
b. Zgoda na udział w programie	46

Spis tabel:

Tabela 1. Etapy rozwoju opieki paliatywnej w Polsce.....	8
Tabela 2. Liczba ludności zamieszkująca Gminę Miasto Marki.....	23
Tabela 3. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki.....	24
Tabela 4. Ludność powyżej 60. roku życia w Gminie Miasto Marki.....	24

Spis rycin:

Rycina 1. Struktura populacji w Polsce w roku 2010 oraz prognozowana na lata 2030 i 2060.	10
Rycina 2. Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 65. roku życia w populacji w latach 2013–2060.....	11
Rycina 3. Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 80. roku życia w populacji w latach 2013–2060.....	11
Rycina 4. Ludność według płci i wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki.	12
Rycina 5. Zgony według przyczyn w latach 1990–2013.	13
Rycina 6. Prognoza zachorowań na nowotwory w Polsce.	14
Rycina 7. Częstość występowania chorób i dolegliwości przewlekłych według województw (w odsetkach).	15
Rycina 8. Stacjonarna opieka zdrowotna. Stan w dniu 31 grudnia 2017 r.	17
Rycina 9. Ludność według płci oraz wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki	23

1. Opis problemu zdrowotnego

Choroba lub problem zdrowotny

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę paliatywną jako działanie, które poprawia jakość życia pacjentów i ich rodzin mierzących się z problemem związanym z chorobą zagrażającą życiu, poprzez zapobieganie cierpieniu oraz jego łagodzenie dzięki wczesnej identyfikacji i starannej ocenie, a także leczeniu bólu oraz innych problemów somatycznych, psychospołecznych oraz duchowych¹. Opieka paliatywna:

- zapewnia ulgę w bólu;
- afirmuje życie ale wskazuje, że umieranie jest normalnym procesem;
- nie przyspiesza ani nie opóźnia śmierci;
- integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki nad pacjentem;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc pacjentom żyć tak aktywnie, jak to możliwe, aż do śmierci;
- oferuje system wsparcia, aby pomóc rodzinie poradzić sobie z chorobą i żałobą;
- stosuje podejście zespołowe w celu zaspokajania potrzeb pacjentów i ich rodzin, w tym poradnictwa w zakresie żałoby;
- poprawia jakość życia, a także może pozytywnie wpłynąć na przebieg choroby;
- ma zastosowanie we wczesnym stadium choroby w połączeniu z innymi terapiami, które mają na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia lub radioterapia, i obejmuje badania niezbędne do lepszego zrozumienia oraz opanowania niepokojących powikłań klinicznych².

W porównaniu z wcześniejszą definicją z 1990 roku, opisującą opiekę paliatywną jako: „całościową, aktywną i wielospecjalistyczną opiekę nad chorym w okresie, kiedy choroba nie poddaje się już leczeniu przyczynowemu”, aktualna definicja wskazuje na potrzebę przewidywania, wczesnego wkraczania oraz – jeżeli istnieje taka możliwość – zapobiegania występowaniu nowych problemów w przebiegu choroby. Jest wszechstronną opieką nad

¹ WHO definition of palliative care, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [dostęp: 22.07.2018].

² *Ibidem*.

pacjentem z postępującą oraz zaawansowaną chorobą z ograniczonym rokowaniem, za najważniejszy cel mając poprawę jakości życia chorego oraz jego rodziny³.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje opiekę paliatywną wobec dzieci jako dziedzinę specjalną, choć ściśle powiązaną z opieką dotyczącą dorosłych. Zgodnie z definicją WHO zasady opieki paliatywnej w odniesieniu do dzieci i ich rodzin dotyczą dziecięcych chorób przewlekłych:

- Opieka paliatywna nad dziećmi jest aktywną opieką nad ciałem, umysłem i duchem dziecka, a także obejmuje wspieranie rodziny.
- Zaczyna się, gdy choroba zostaje zdiagnozowana, i trwa niezależnie od tego, czy dziecko otrzymuje leczenie ukierunkowane na tę chorobę.
- Pracownicy ochrony zdrowia muszą ocenić i złagodzić fizyczne, psychiczne i społeczne problemy dziecka.
- Skuteczna opieka paliatywna wymaga szerokiego multidyscyplinarnego podejścia, które obejmuje rodzinę i wykorzystuje dostępne zasoby otoczenia⁴.

Rada Europy zwraca uwagę, że opieka paliatywna nad dziećmi chorującymi na chorobę nieuleczalną i zagrażającą życiu jest szczególnym wyzwaniem. Zostaje ona wdrożona w momencie rozpoznania oraz kontynuowana bez względu na to, czy u dziecka stosuje się leczenie przyczynowe ukierunkowane na to schorzenie⁵. Jak wspomniano, celem opieki jest zarówno dziecko, jak i jego rodzina.

U dzieci chorobę ograniczającą definiuje się jako taką, która często powoduje przedwczesny zgon. Natomiast za chorobę zagrażającą życiu uznaje się schorzenie, z którym wiąże się wysokie ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu ciężkich zaburzeń, ale dające szanse dłuższego przeżycia w wieku dorosłym (np. nowotwory czy stany nagłe)⁶. Opieka paliatywna

³ Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D.: „Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej”, *Farm Pol.* 2010;66(2):93–100; Buss T., Lichodziejewska-Niemierko M.: „Opieka paliatywna w Polsce — od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego)”, *Forum Med Rodz.* 2008;3:277–285.

⁴ WHO definition of palliative care, *op. cit.*

⁵ „Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1”, *Med Paliat Prakt.* 2010;4(2):41–53; Craig F., Abu-Saad Huijjer H., Benini F. i wsp.: „Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe”, *Eu J Palliat Care.* 2007;14:109–114.

⁶ „Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej...”, *op. cit.*

pediatryczna w porównaniu z opieką wobec dorosłych dotyczy szerszego zakresu chorób, a także większego odsetka rozpoznań innych niż nowotworowe⁷.

Początkowo hospicja (w pierwszych wiekach po narodzeniu Chrystusa) były tworzone przy kościołach. Swym zakresem obejmowały opiekę nad umierającymi, bezdomnymi oraz biednymi. W średniowieczu terminem „hospicjum” określano miejsca schronienia dla pielgrzymów oraz podróżnych. W wielu zgromadzeniach duchownych opieka nad chorymi była podstawowym elementem reguły zakonnej (np. w zgromadzeniu Sióstr Miłosierdzia czy zakon Bonifratrów). Pierwszy dom wyłącznie dla umierających – Hospicjum Kalwaria – został założony w Lyonie przez Jeanne Garnier w 1842 roku. Podobne miejsca dla nieuleczalnie chorych powstały w Irlandii oraz Anglii. Pielęgniarka oraz lekarka Cecile Saunders uznawana jest za twórczynię współczesnej opieki paliatywnej – w 1967 roku założyła w Londynie hospicjum św. Krzysztofa – światowe centrum opieki hospicyjnej, ośrodek edukacji dla personelu medycznego oraz wolontariuszy. To miejsce, w którym opracowano podstawy medycyny paliatywnej⁸. W Polsce prekursorką w tej dziedzinie była Hanna Chrzanowska. W Krakowie w 1981 roku powstało „Towarzystwo Przyjaciół Chorych – Hospicjum”, które przystąpiło do budowy pierwszej tego typu w Polsce placówki stacjonarnej. W 1983 roku założono Hospicjum Pallottinum w Gdańsku skupiające się na opiece sprawowanej w domu chorego. Dwa lata później powstało trzecie polskie hospicjum – św. Jana Kantego w Poznaniu⁹. Zaczęto kłaść nacisk na profesjonalne szkolenie specjalistów z zakresu medycyny paliatywnej, co w Polsce w 1999 roku zaowocowało utworzeniem specjalizacji lekarskiej o nazwie „medycyna paliatywna” oraz specjalizacji pielęgniarskiej – „opieka paliatywna”¹⁰. Wybrane wydarzenia ukazujące historię ruchu hospicyjnego oraz powstanie opieki paliatywnej w Polsce przedstawia tabela 1.

⁷ Association for Children’s Palliative Care (ACT), Royal College of Paediatrics and Child Health: *A Guide to the Development of Children’s Palliative Care Services*. ACT, Bristol, London 1997.

⁸ Krakowiak P., Janowicz A.: „Historia i współczesność wolontariatu hospicyjnego”, w: Krakowiak P., Modlińska A. (red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej. Gdańsk 2008, s. 17–26.

Łuczak J.: „Co to jest leczenie objawowe (paliatywne), opieka paliatywna-hospicyjna i dlaczego warto z nich korzystać?” *Przew. Terap.* 2007;3:1–21.

⁹ Zob. <http://public-health.artmetic.pl/historia-opieki-paliatywnej-2/> [dostęp: 22.07.2018].

¹⁰ *Ibidem*.

Tabela 1. Etapy rozwoju opieki paliatywnej w Polsce.

Lata 60. XX w.	Hanna Chrzanowska (pielęgniarka i instruktorka pielęgniarstwa) organizuje domową opiekę pielęgniarczą nad osobami przewlekle chorymi i umierającymi na terenie parafii krakowskich.
1976	Przy parafii kościoła Arka Pana w Bieńczycach Nowej Hucie zaczyna działać pierwsza grupa wolontariuszy opiekujących się umierającymi.
1978	Cecile Saunders prowadzi wykłady w Krakowie, Warszawie i Gdańsku, inspirując do działania duszpasterzy i środowisko medyczne.
1981	W Krakowie powstaje Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum”, w efekcie działań Towarzystwa w 1996 roku powstaje Hospicjum św. Łazarza, wzorowane na angielskim <i>St. Christopher's Hospice</i> .
1983	W Gdańsku powstaje pierwsze hospicjum domowe – Hospicjum Pallottinum, założone z inicjatywy śp. ks. Eugeniusza Dutkiewicza i prof. Joanny Muszkowskiej-Penson.
1985	W Poznaniu powstaje Hospicjum św. Jana Kantego, założone przez ks. Ryszarda Miłkołajczyka. W kraju intensywnie rozwija się ruch hospicyjny.
1987	Z inicjatywy prof. Jacka Łuczaka w Poznaniu powstaje pierwszy zespół opieki paliatywnej domowej z poradnią przy Klinice Onkologii, poszerzony w 1991 roku o Oddział Opieki Paliatywnej, powstaje Klinika Opieki Paliatywnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Onkologicznej AM w Poznaniu.
1991	Ukazuje się Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, zawierająca podstawy prawne rozwijania opieki paliatywno-hospicyjnej. Powstaje Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, opublikowano Kartę Hospicjum, określającą główne założenia ruchu hospicyjnego. Powstaje Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej im. Aleksandra Lewińskiego i Antoniny Mazur.
1992	Powstaje Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne.
1993	Powstaje Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej.
1994	W Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie rozpoczyna pracę zespół opieki paliatywnej dla dzieci.
1998	Przyjęto Program Rozwoju Opieki Paliatywnej w Polsce.
1999	Rozpoczyna działalność Towarzystwo Rozwijania Opieki Paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej ECEPT. W kraju medycyna paliatywna staje się szczegółową specjalizacją medyczną, a opieka paliatywna specjalizacją pielęgniarczą.
2002	Powstaje Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej.

Źródło: Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak D.: „Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej”, *Farm Pol.* 2010;66(2):93–100.

Termin „opieka paliatywna” i „opieka hospicyjna” są równoznaczne i w wielu krajach, według zaleceń WHO, używane zamiennie. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej ESMO (European Society for Medical Oncology Palliative Care Working Group) wyróżnia:

- **leczenie wspomagające/opiekę wspierającą** (*supportive care*) – mające na celu uzyskanie na każdym etapie choroby najlepszej możliwej jakości życia;
- **opiekę paliatywną** – prowadzoną w okresie, gdy schorzenie zostaje uznane za nieuleczalne;

- **opiekę u schyłku życia** (*end of life care*) – termin ten nie jest synonimem opieki paliatywnej; dotyczy opieki nad chorymi bliskimi śmierci, wymagającymi szczególnej opieki i leczenia paliatywnego¹¹.

W opiece paliatywnej świadczenia zapewniane są przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów. Do jego zadań należy: leczenie bólu, duszności, nudności, wymiotów, a także innych dokuczliwych objawów, łagodzenie lęku oraz depresji, przeciwdziałanie osamotnieniu i izolacji oraz ofiarowanie wsparcia duchowego. Celem działań tego zespołu jest dążenie do poprawy jakości życia pacjentów przebywających w placówce opiekuńczej. Skład oraz wielkość zespołów działających w krajach europejskich są zróżnicowane. Do podstawowych wymogów należy obecność wykwalifikowanego lekarza oraz pielęgniarki. Zgodnie z zaleceniami Krajowej Rady Hospicjów i Specjalistycznych Zespołów Opieki Paliatywnej w Wielkiej Brytanii w skład zespołu wchodzi również: fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, farmaceuta, klinicysta zajmujący się żywieniem, psycholog, pracownicy przygotowani do opieki nad osieroconymi, osoba duchowna, personel edukacyjny, koordynator wolontariuszy i pracownicy administracyjni. Udział farmaceuty w pracach zespołu jest w opinii ekspertów z zakresu medycyny paliatywnej niezbędny, zarówno w aspekcie działań administracyjnych, w zarządzaniu lekami, jak i w obszarze klinicznym oraz edukacyjnym¹².

Na podstawie zarejestrowanych ponad 300 tys. zgonów rocznie z powodu chorób przewlekłych w Polsce przyjmuje się, że takiej formy opieki potrzebuje corocznie ok. 200 tys. chorych. Mając na uwadze perspektywę zachodzących zmian demograficznych oraz epidemiologicznych, trzeba pamiętać, że liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie gwałtownie wzrastać¹³.

Epidemiologia

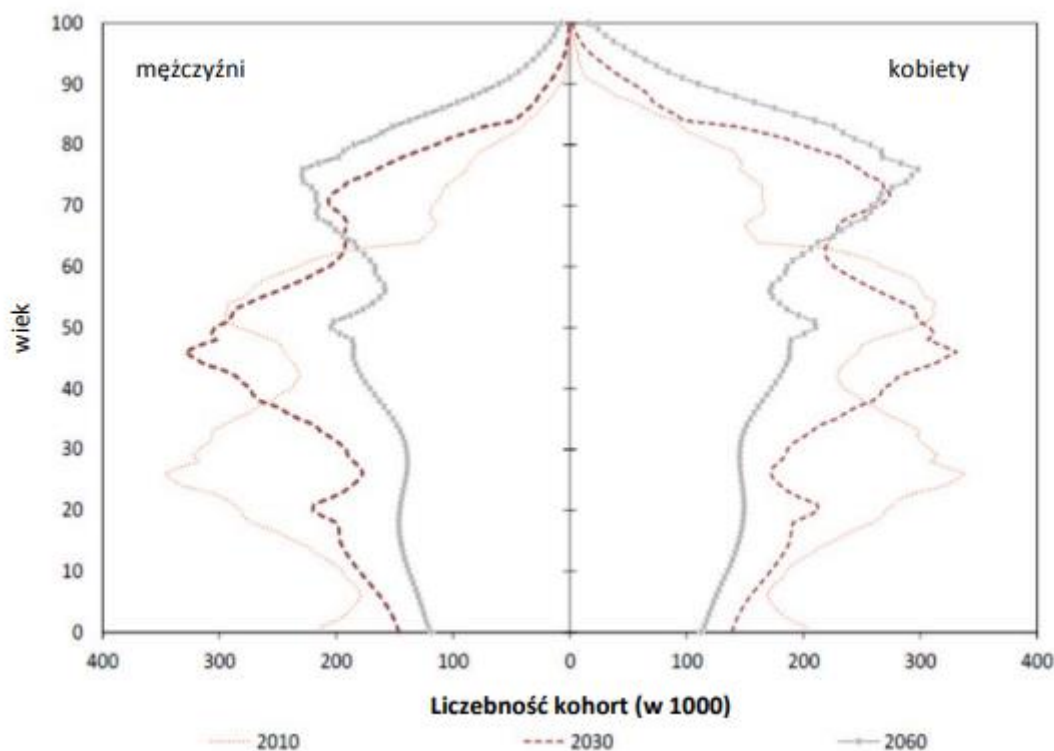
Polska, na skutek dynamiki starzenia się populacji, przechodzi poważne zmiany demograficzne. Udział w niej osób w wieku powyżej 65 lat ma wzrosnąć w roku 2060 do 33%,

¹¹ Jarosz J.: „Opieka paliatywna w onkologii”, *Pol Med Paliat.* 2005;4(4):137–143.

¹² World Health Organization: „Non-communicable diseases”, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases> [dostęp: 22.07.2018].

¹³ Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D., *op. cit.*

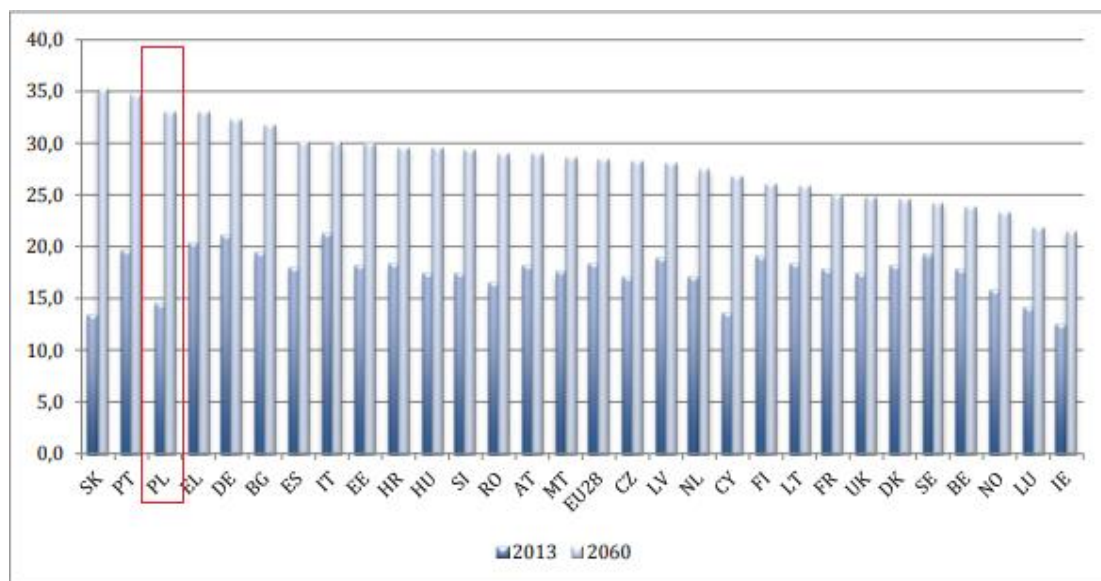
a osób najstarszych – ponad 80-letnich – do 12,3% (ryc. 1)¹⁴. Takie tendencje demograficzne są podtrzymywane przez starzejącą się kohortę powojennego wyżu demograficznego oraz przez współczynnik dzietności najniższy w Europie (1,3 w 2013 roku). Trend ten wskazuje na wzrost popytu na usługi opieki długoterminowej.



Rycina 1. Struktura populacji w Polsce w roku 2010 oraz prognozowana na lata 2030 i 2060.

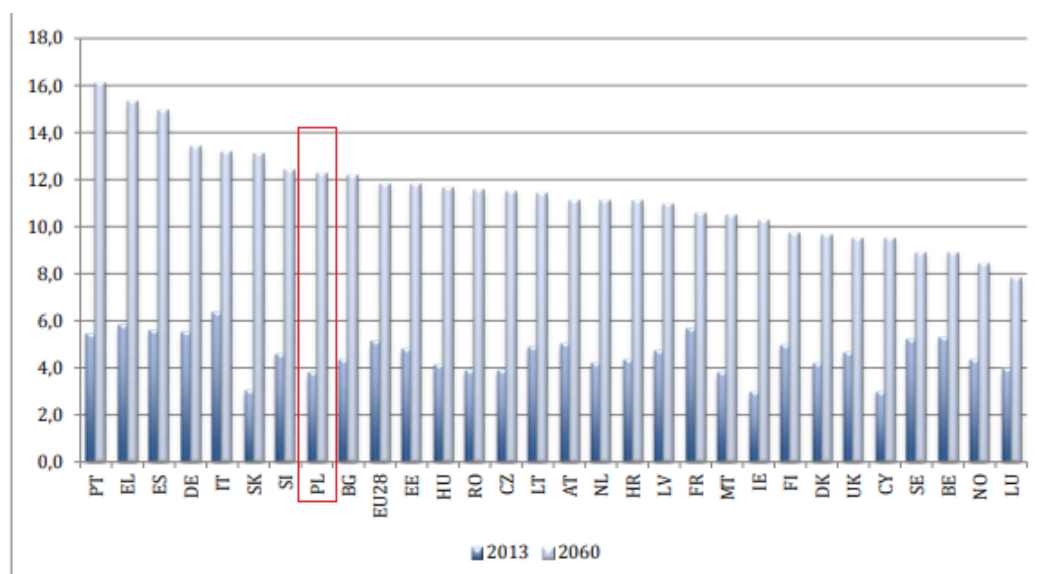
Źródło: „Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce”, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf [dostęp: 22.07.2018].

¹⁴ Zob. http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf [dostęp: 22.07.2018].



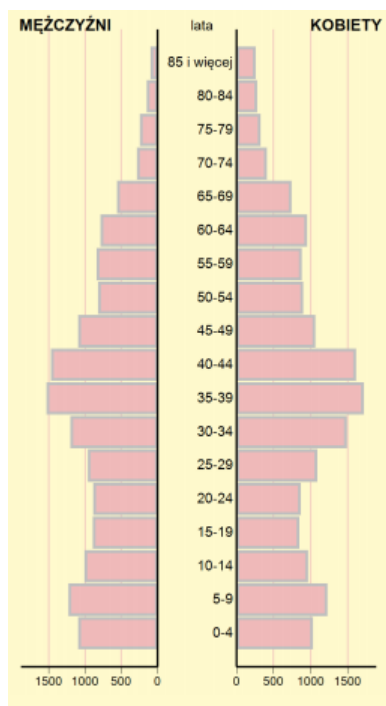
Rycina 2. Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 65. roku życia w populacji w latach 2013–2060.

Źródło: „Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce”, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf [dostęp: 22.07.2018].



Rycina 3. Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 80. roku życia w populacji w latach 2013–2060.

Źródło: „Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce”, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf [dostęp: 22.07.2018].



Rycina 4. Ludność według płci i wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki.

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,
https://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 22.07.2018].

W sytuacji, gdy liczba osób starszych rośnie w Polsce bardzo szybko, kwestia zapewnienia im opieki długoterminowej staje się paląca. Społeczeństwo polskie należy do najszybciej starzejących się w Unii Europejskiej – według Komisji Europejskiej (2015) do roku 2060 udział osób w wieku 65–79 lat w populacji zwiększy się dwukrotnie, a w wieku powyżej 80. roku życia – nawet trzykrotnie. Udział osób w wieku emerytalnym w populacji zwiększy się z wartości 14,0% w 2015 roku do 27,8% w 2060¹⁵.

Zapotrzebowanie na usługi w ramach opieki długoterminowej nie jest uzależnione tylko od liczby osób powyżej 65. roku życia, lecz również od liczby tych, które wymagają pomocy wskutek problemów z wykonywaniem codziennych czynności. Populacja Polski żyje coraz dłużej, jednak dysproporcja w średniej długości życia między kobietami a mężczyznami jest

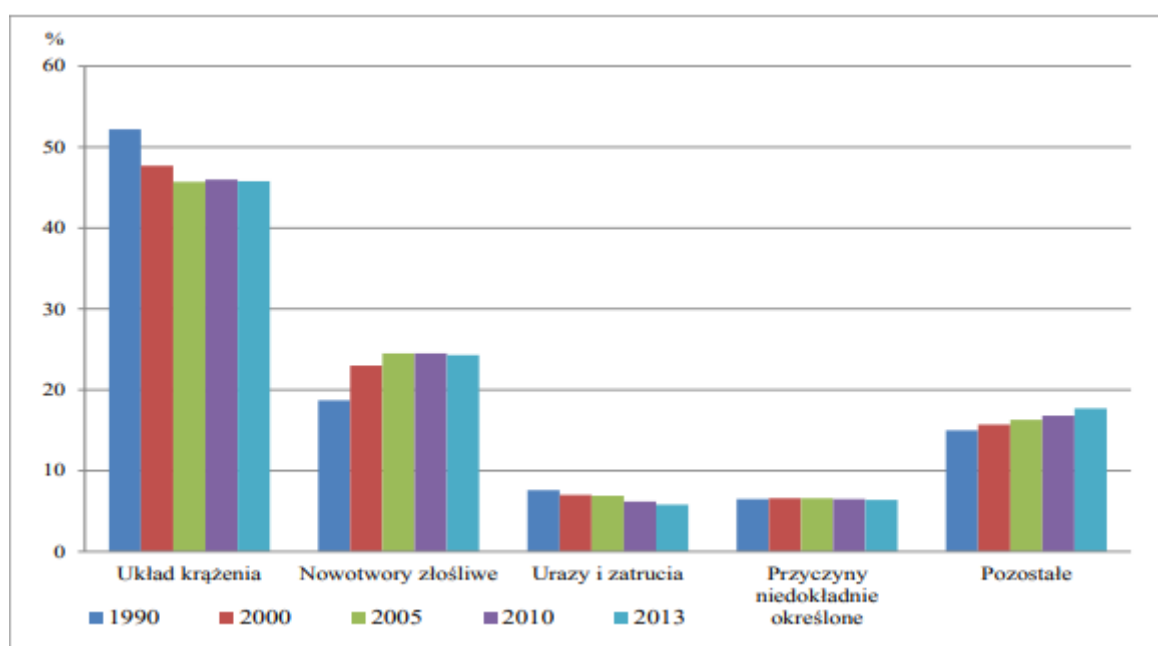
¹⁵ European Commission: „The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060)”, European Economy. 2015;3; Bank Światowy: „Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce”, 2015,
https://das.mpips.gov.pl/source/opiekaseniorna/Opieka_dlugoterminowa_Final_POL.pdf. [dostęp: 22.07.2018]

wciąż duża. Dodatkowo, średnia długość życia jest różna dla różnych grup społecznych; często dłuższe życie nie oznacza życia w zdrowiu¹⁶.

Według WHO do najczęściej występujących chorób przewlekłych prowadzących do śmierci zalicza się: choroby układu krążenia (17,3 mln zgonów rocznie), nowotwory (7,6 mln), przewlekłe choroby układu oddechowego (4,2 mln) i cukrzyca (1,3 mln zgonów rocznie)¹⁷.

Według Raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z roku 2017 „Trwanie życia w 2016 roku”, w Polsce głównymi przyczynami zgonów są: choroby układu krążenia, nowotwory oraz urazy i zatrucia. W 2015 roku stanowiły one łącznie 77% wszystkich przypadków. Natomiast dominującą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia – co drugi następuje z tego właśnie powodu¹⁸.

Potwierdza to raport GUS „Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski” , przedstawiając je jako największe zagrożenie dla życia w Polsce, a tym samym – najważniejszą przyczynę umieralności (ryc. 5).



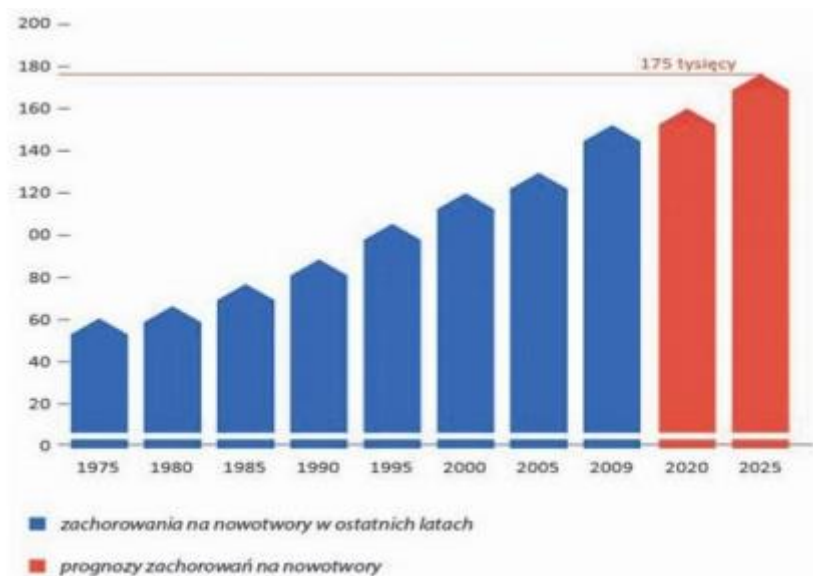
Rycina 5. Zgony według przyczyn w latach 1990–2013.

Źródło: Strzelecki Z., Szymborski J. (red.); „Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski”. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015.

¹⁶ Bank Światowy: „Stan obecny i przyszłość...”, *op. cit.*

¹⁷ World Health Organization: „Non-communicable diseases”, *op. cit.*

¹⁸ GUS: „Trwanie życia w 2016 r.”. Warszawa 2017, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5470/2/11/1/trwanie_zycia_w_2016.pdf . [dostęp: 22.07.2018]



Rycina 6. Prognoza zachorowań na nowotwory w Polsce.

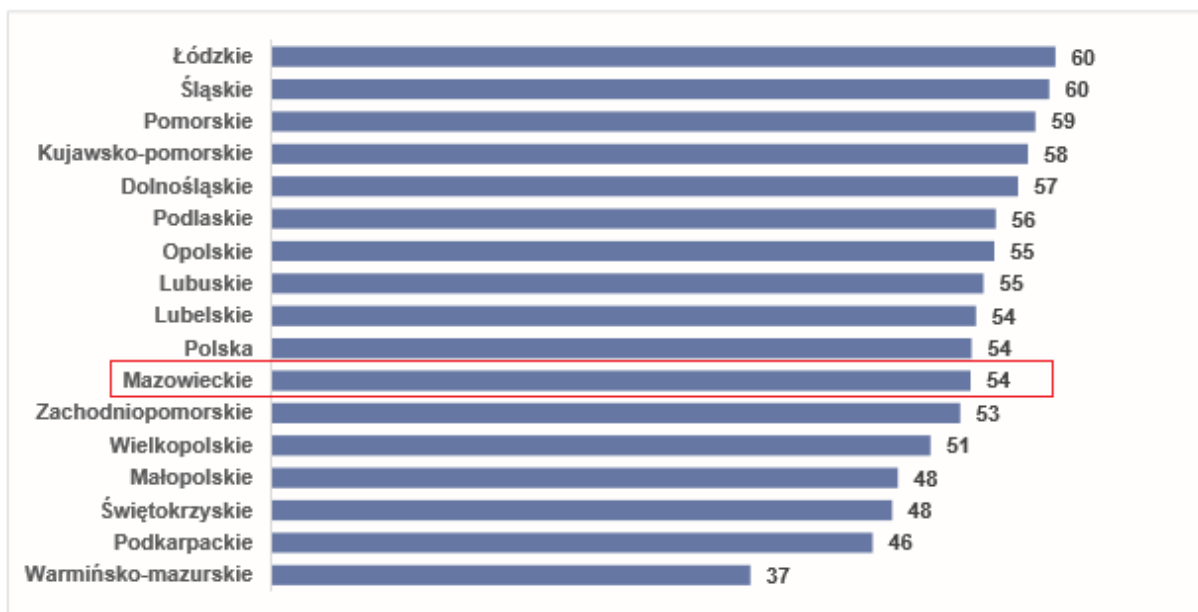
Źródło: Didkowska J., Wojciechowska U.: *Prognozy zapadalności na nowotwory vs. oczekiwana skuteczność działań profilaktycznych*. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2008.

Z raportu GUS wynika, że u 52% mieszkańców Polski wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe (trwające co najmniej 6 miesięcy). Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. W grupie osób młodych (do 30. roku życia) na długotrwałe problemy zdrowotne wskazywała co 4.–5. osoba, w grupie pięćdziesięciolatków – już ponad 70%, wśród sześćdziesięciolatków było to 85%, a w grupie osób najstarszych – ponad 90%. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały na występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych (57% – kobiety, 47% – mężczyźni). Częściej problemy te dotyczyły mieszkańców miast (56%) niż terenów wiejskich (47%)¹⁹.

Badania wskazują, że blisko 80% osób starszych cierpi na przynajmniej jedną chorobę przewlekłą czy skutki przebytych wypadków lub urazów – co doprowadza u co drugiej z nich do trwałego upośledzenia sprawności. Wśród chorób zależnych od wieku oraz procesu starzenia się można wymienić: otępienie w przebiegu choroby Alzheimera lub innych schorzeń mózgu, udary i stany poudarowe, naczyniowe powikłania miażdżycy, nowotwory, upadki i następne złamania kości, chorobę zwyrodnieniową stawów z osteoporozą, depresję, niewydolność serca²⁰.

¹⁹ GUS:: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa 2016

²⁰ Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urząd Miasta Krakowa: „Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekłe chorą na terenie miasta Krakowa”, Kraków 2014.



Rycina 7. Częstość występowania chorób i dolegliwości przewlekłych według województw (w odsetkach).

Źródło: GUS: *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa 2016.

Częstość występowania schorzeń wzrasta wraz z wiekiem. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że choroby i dolegliwości przewlekłe występują najczęściej w województwach: łódzkim oraz śląskim, a najrzadziej – w województwie warmińsko-mazurskim. W województwie mazowieckim odsetek chorób i dolegliwości przewlekłych wynosi 54%²¹.

W wyniku badania „Polsenior” na reprezentatywnej grupie osób w wieku powyżej 65 lat, realizowanego metodą wywiadów społecznych i medycznych, oraz badania SHARE wykazano wysoki poziom ograniczeń funkcjonalnych polskich seniorów. Wynik podobny jest do spotykanego w krajach Europy Południowej (Włochy, Hiszpania), a także w innych państwach Europy Wschodniej²². Ograniczeniami funkcjonalnymi narastającymi wraz z wiekiem bardziej dotknięta jest płeć żeńska. Krytyczny wiek dla znacznego uzależnienia to 85. rok życia, a występowanie jest częstsze na obszarach wiejskich niż miejskich. Badania wykazały, że ponad 20% przebadanych seniorów w wieku powyżej 85. roku życia jest całkowicie zależnych

²¹ GUS: „Trwanie życia w 2016 r.”, *op. cit.*

²² Bank Światowy: „Stan obecny i przyszłość...”, *op. cit.*

od innych²³. Szacunki Komisji Europejskiej mówią, że liczba osób niesamodzielnych w Polsce wzrośnie z 830 tys. w 2013 roku do 3393 tys. w 2060 roku²⁴.

Rozpatrując rozkład wykazanych pobytów paliatywno-hospicyjnych w warunkach domowych na 100 tys. ludności względem miejsca zamieszkania pacjenta można zauważyć, że nie był on równomierny, jeśli chodzi o województwa. Największą wartość tego wskaźnika można zauważyć w województwie kujawsko-pomorskim (232,0), lubuskim (202,8) i warmińsko-mazurskim (184,7). Najmniejszą wartością charakteryzowały się województwa: lubelskie (90,2), podkarpackie (89,3) oraz małopolskie (86,6). W przypadku liczby pacjentów korzystających z pobytów paliatywno-hospicyjnych w warunkach stacjonarnych rozkład jest również zróżnicowany. Najwyższa wartość wskaźnika liczby pacjentów na 100 tys. ludności występowała na terenie województw małopolskiego (107,8), świętokrzyskiego (107,4) i podkarpackiego (104,1). Wśród województw o najniższej wartości wskaźnika można wymienić łódzkie (68,8), mazowieckie (61,9) oraz zachodniopomorskie (46,4)²⁵.

Rozkład liczby pacjentów dorosłych korzystających z opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych przeliczony na 100 tys. dorosłej ludności również nie był równomierny pod względem województw. Najwyższą wartość wskaźnik przybrał w województwach podkarpackim (198,4), opolskim (178,3) i małopolskim (155,0). Najniższą wartością charakteryzowały się województwa zachodniopomorskie (108,8), lubelskie (101,8) oraz wielkopolskie (75,3).

W przypadku dzieci korzystających z opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych rozkład liczby na 100 tys. dzieci nie był równomierny pod względem województw. Największą wartość wskaźnika wykazały województwa dolnośląskie (33,6), śląskie (14,8) oraz opolskie (14,2). Najmniejszą wartością charakteryzowały się województwa podkarpackie (2,5), wielkopolskie (2,2) i małopolskie (0,9)²⁶.

²³ *Ibidem*;

Wizener B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T.: „Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku”, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Projekt PolSenior, Warszawa 2012.

²⁴ European Commission: „The 2015 Ageing Report...”, *op. cit.*

²⁵ „Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego w zakresie 30 grup chorób”, http://www.mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/12/podsumowanie_mpz_07.pdf [dostęp: 22.07.2018].

²⁶ *Ibidem*.

Rozkład liczby dorosłych pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych na 100 tys. ludności dorosłej nie był równomierny pod względem województw. Najwyższa wartość wskaźnika wystąpiła w województwach opolskim (457,0), śląskim (413,2) oraz podkarpackim (325,9), najmniejszą odnotowano w kujawsko-pomorskim (132,3), podlaskim (123,9) oraz pomorskim (57,2). W przypadku dzieci korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych rozkład liczby na 100 tys. dzieci również nie był równomierny pod względem województw. Największą wartość wskaźnik wyniósł w województwach warmińsko-mazurskim (17,7), wielkopolskim (16,0) i podkarpackim (14,0). Najmniejszą wartością charakteryzowały się województwa zachodniopomorskie (5,0), lubuskie (3,8) i lubelskie (3,6)²⁷.

Wyszczególnienie	2010	2015	2016		Specification
			łóżka beds	zakłady facilities	
Szpitala ogólne	190387	186994	186607 ^a	957	General hospitals
Szpitala psychiatryczne	17750	17759	17868	48	Psychiatric hospitals
Ośrodki leczenia odwykowego	1070	1269	1311	25	Detoxification centres
Ośrodki rehabilitacyjne dla narkomanów	2447	2512	2472	56	Addiction recovery centres
Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej	245	239	250	5	Regional centres of forensic psychiatry
Zakłady opiekuńczo-lecznicze ^b	19250	24872	25176	400	Chronic medical care homes ^b
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze ^b	5688	6706	6749	154	Nursing homes ^b
Oddziały opieki paliatywnej	—	1204	1302	75	Palliative care wards
Hospicja	1126	1550	1640	80	Hospices
Lecznictwo uzdrowiskowe	40568	43925	44072	244	Health resort treatment
sanatoria	29400	34779	35768	196	sanatoria
szpitale	11168	9146	8304	48	hospitals

a Ponadto w szpitalach ogólnych było 4628 miejsc opieki dziennej. b Łącznie z zakładami typu psychiatrycznego.
a Moreover, in general hospitals there were 4628 of day care places. b Including psychiatric types facilities.

Rycina 8. Stacjonarna opieka zdrowotna. Stan w dniu 31 grudnia 2017 r.

Źródło: GUS: *Mały rocznik statystyczny Polski*, Warszawa 2018.

Obecne postępowanie

Szybkie starzenie się społeczeństwa w wyniku wzrostu przeciętnego trwania życia oraz spadku współczynnika dzietności niesie wyzwania, w konsekwencji których niezbędne będą zmiany w polskim systemie opieki długoterminowej. Im starsze społeczeństwo, tym więcej trudności napotkają ludzie w zakresie podstawowych czynności życiowych i tym większy będzie stopień

²⁷ *Ibidem*.

zależności od innych. Doprowadzi to zwiększenia zapotrzebowania na różne formy opieki zdrowotnej oraz pielęgnacyjnej, a także wsparcia w codziennych czynnościach. Tendencje te wskazują na poważne wyzwania dla sektora zdrowotnego oraz socjalnego²⁸.

Polska uważana jest za pioniera i lidera opieki paliatywnej w Europie Środkowo-Wschodniej. W kraju funkcjonuje ponad 600 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej²⁹. Świadczenia ram udzielane są bezpłatne. Finansowanie uzyskiwane jest w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 108/2017/DSOZ z dnia 26 października 2017 roku określa warunki zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

W Polsce z opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjent może skorzystać w warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Świadczenia gwarantowane przysługujące pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniający rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1185)³⁰.

Do warunków realizacji świadczeń gwarantowanych zalicza się:

- przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, nierokującej nadziei na wyleczenie.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia pacjentowi nieodpłatnie:

- badania diagnostyczne;

²⁸ Bank Światowy: „Stan obecny i przyszłość...”, *op. cit.*

²⁹ Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D., *op. cit.*

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2018 poz. 1185).

- leki i wyroby medyczne – w warunkach stacjonarnych.

Hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej

Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne przeznaczone są dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie. Działanie tych placówek opiera się na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad ich rodzinami. Świadczą również opiekę wyręczającą, czyli przyjmują pacjentów na okres nie dłuższy niż 10 dni. Pomoc zapewnia wielodyscyplinarny zespół: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog. Za zgodą lekarza oraz kierownika oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego pacjentowi może być udzielona przepustka. W okresie korzystania z niej świadczeniodawca wyposaża chorego w leki i wyroby medyczne. Czas jego przebywania na przepustce nie może być dłuższy niż 2 dni w miesiącu.

Ostateczną decyzję o objęciu pacjenta opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz udzielający świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym³¹.

Hospicjum domowe dla dorosłych i dzieci do ukończenia 18. roku życia

Pacjentom objętym taką opieką przysługuje:

- całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu;
- całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę i wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu.

Porady lub wizyty fizjoterapeuty i psychologa są ustalane indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego.

Każdorazowo wizyta personelu hospicjum domowego jest potwierdzana przez pacjenta, członka jego rodziny lub opiekuna. Świadczenia realizowane w hospicjum domowym obejmują również bezpłatne wypożyczenie przez nie wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia. Ostateczną decyzję o objęciu pacjenta

³¹ Zob. <http://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> [dostęp: 22.07. 2018]; <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> [dostęp: 22.07. 2018].

dorostego lub dziecka opieką paliatywną i hospicyjną podejmuje lekarz udzielający świadczeń w hospicjum domowym.

Osobom korzystającym ze świadczeń realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia nie przysługują:

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, udzielane w warunkach domowych;
- świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych³².

Poradnia medycyny paliatywnej

Świadczenia realizowane poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu pacjenta;
- porady psychologa w poradni lub w domu pacjenta;
- świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu pacjenta.

Obejmują również:

- badanie podmiotowe;
- badanie przedmiotowe;
- ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;
- zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
- zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy³³.

³² Zob. <http://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> [dostęp: 22.07. 2018]; <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> [dostęp: 22.07. 2018].

³³ Zob. <http://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> [dostęp: 22.07. 2018]; <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> [dostęp: 22.07. 2018].

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

Cel główny

Poprawa jakości życia chorych mieszkańców Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021 cierpiących na choroby przewlekłe lub znajdujących się w stanie terminalnym poprzez zmniejszenie o co najmniej 1 punkt odczuwalnego dyskomfortu bólowego w skali bólu NRS (*Numerical Rating Scale*).

Cele szczegółowe

- Poprawa dostępności do fachowego wsparcia dla rodzin osób mieszkających w Gminie Miasto Marki w latach 2019-2021, objętych opieką paliatywną, zarówno w okresie choroby, jak i osierocenia.
- Zmniejszenie do poziomu akceptowalnego przez pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021, dolegliwości takich, jak: nudności, wymioty, zaparcia, występowanie odleżyn w trakcie realizacji usług opiekuńczych.
- Zwiększenie skuteczności opieki poprzez złagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych w ramach programu dla mieszkańców Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021.
- Zwiększenie o 10% dostępności do bezpłatnych świadczeń opiekuńczych dla pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, objętych opieką paliatywną w latach 2019–2021.
- Wzrost świadomości 30% pacjentów paliatywnych, mieszkańców Gminy Miasto Marki na temat leczenia objawowego, w tym leczenia bólu, poprzez działania edukacyjne w ramach programu w latach 2019–2021.

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Poprawa jakości życia pacjentów w ostatniej fazie choroby dotyczy:

- czas oczekiwania na realizację usług opiekuńczych dla pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, objętych opieką paliatywną w latach 2019–2021;
- czas oczekiwania na wizytę u psychologa/psychoonkologa dla rodzin pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, objętych opieką paliatywną w latach 2019–2021;

- liczby osób korzystających ze wsparcia psychologicznego;
- liczby pacjentów, u których uzyskano zmniejszenie bólu o co najmniej 1 punkt w skali NRS;
- liczby pacjentów, u których zmniejszyła się częstość dolegliwości, takich jak: nudności, wymioty, zaparcia, wyleżenie odleżyn;
- liczby osób z rodzin uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w zajęciach edukacyjnych;
- liczby osób z rodzin uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych;
- liczby łóżek dostępnych dla pacjentów w stanie terminalnym w latach 2019, 2020 i 2021 dla pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki,
- liczby pacjentów, u których uzyskano usprawnienie fizyczne podczas trwania programu;
- liczby uczestników programu, u których nastąpiła poprawa stanu psychicznego.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

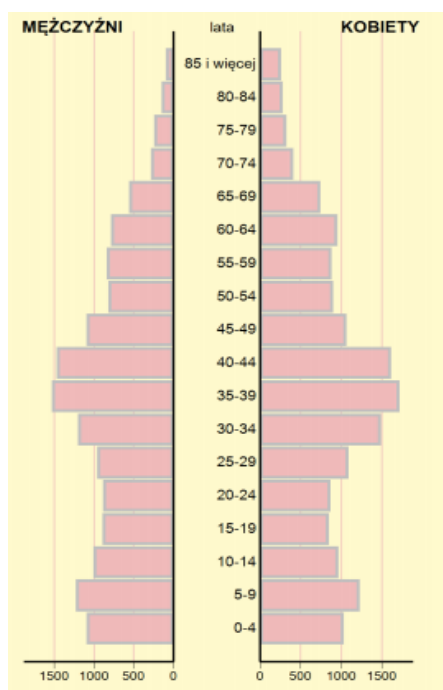
Populacja docelowa

Liczba ludności zamieszkującej Gminę Miasto Marki na podstawie danych ze „Statystycznego vademecum samorządowca” na przestrzeni lat 2014–2016 pokazuje tabela 2.

Tabela 2. Liczba ludności zamieszkująca Gminę Miasto Marki.

WYBRANE DANE STATYSTYCZNE	2014	2015	2016	Powiat 2016
Ludność	29722	30595	31687	238478
Ludność na 1 km ²	1137	1170	1212	250
Kobiety na 100 mężczyzn	110	110	110	107
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	57,6	58,4	59,5	61,6

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,
http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.2018].



Rycina 9. Ludność według płci oraz wieku w 2016 roku w Gminie Miasto Marki .

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,
http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.2018].

Tabela 3. Wybrane dane demograficzne dotyczące ludności Gminy Miasto Marki.

	Powiat	Gmina	Powiat=100
Ludność	238478	31687	13,3
w tym kobiety	123511	16594	13,4
Urodzenia żywe	3207	462	14,4
Zgony	1977	207	10,5

Źródło: „Statystyczne vademecum samorządowca”, 2017,
http://warszawa.stat.gov.pl/vademecum/vademecum_mazowieckie/portrety_gmin/wolominski/1434021_marki.pdf [dostęp: 12.07.2018].

Na podstawie danych z tabel 2 i 3 widzimy, że ludność Gminy Miasto Marki w 2016 roku wynosiła 31 687, w tym 16 594 kobiet i 15 093 mężczyzn.

Liczba osób w wieku 60 lat i starszych, zamieszkujących Gminę Miasto Marki, wynosi 5253 osób.(tab. 4).

Tabela 4. Ludność powyżej 60. roku życia w Gminie Miasto Marki

Grupa wieku	Płeć	Liczba ludności
60–64	mężczyźni	766
60–64	kobiety	971
65–69	mężczyźni	625
65–69	kobiety	776
70 i więcej	mężczyźni	799
70 i więcej	kobiety	1 316
70–74	mężczyźni	311
70–74	kobiety	464
75–79	mężczyźni	226
75–79	kobiety	326
80–84	mężczyźni	156
80–84	kobiety	266
85 i więcej	mężczyźni	106
85 i więcej	kobiety	260

Uwzględniając dostępne środki finansowe, przeznaczone na realizację programu, możliwym jest do objęcia opieką maksymalnie w ramach świadczeń w hospicjum domowym, 378 osób dorosłych lub 191 dzieci, natomiast w ramach świadczeń w hospicjum stacjonarym maksymalnie 50 osób, bez względu na wiek.

Kryteria kwalifikacji do programu polityki zdrowotnej oraz wykluczenia z programu polityki zdrowotnej

Kryteria włączenia do programu to:

- Podpisanie druku świadomej zgody na udział w programie – osobiście lub w przypadku osoby niepełnoletniej lub osoby z niedowładem, niepełnosprawnością ruchową przez rodzica/opiekuna (przykładowy wzór druku zgody w załączniku).
- Przedstawienie skierowania od lekarza oraz dokumentacji medycznej stwierdzającej nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową, zgodnie z wykazem do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej (Dz. U. z 20 listopada 2013 r., poz. 1347)³⁴ lub dodatni wyniki badania diagnostycznego przeprowadzonego podczas wizyty kwalifikacyjnej do programu.

Badanie diagnostyczne polega na ocenie przez lekarza specjalistę przedstawionej dokumentacji medycznej pacjenta, który nie posiada skierowania na leczenie. Podczas badania lekarz może stwierdzić zasadność i konieczność zakończenia leczenia przyczynowego, a tym samym postawić lekarskie rozpoznanie terminalnej fazy choroby i zakwalifikować pacjenta do uczestnictwa w programie.

- Zamieszkanie na terenie Gminy Miasto Marki.

W przypadku osób niepełnoletnich wymóg ten dotyczy rodziców/opiekunów dziecka.

O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń; uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarowali beneficjenci w poszczególnych ofertach.

Kryteria wyłączenia z programu to:

- Brak pisemnej zgody na udział w programie lub pisemna rezygnacja rodzica/opiekuna z udziału dziecka.
- Brak poświadczenia zamieszkania na terenie Gminy Miasto Marki.
- Brak przedstawienia dokumentacji medycznej z odpowiednim rozpoznaniem lub skierowania wystawionego przez lekarza specjalistę.

³⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. z 2018 r. poz. 742

- Korzystanie z zakresu usług opieki paliatywnej lub hospicyjnej w ramach finansowania przez NFZ, z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte opieką paliatywną lub hospicyjną, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach 2019–2021.

Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmioty wybrane w ramach konkursu.

Planowane interwencje będą się wpisywały w zakres wszechstronnej, całościowej opieki i leczenia objawowego u osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Zostaną one nakierowane na poprawę jakości życia, zapobieganie bólowi oraz innym objawom somatycznym, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Wsparcie będzie miało charakter pomocy pielęgniarstwa, psychologicznej, rozwiązywania problemów społeczno-bytowych chorego i jego rodziny, a także obejmie edukację dotyczącą opieki nad chorym i wsparcie duchowe.

Wymienione poniżej świadczenia będą realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych.

Świadczenia w warunkach stacjonarnych:

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy, w tym doraźna pomoc medyczna w sytuacjach nagłych.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki.
3. Porady psychologa.
4. Leczenie farmakologiczne.
5. Diagnostyka i leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna).
6. Leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia.
7. Opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, organizowanie różnych form pomocy, w tym wypoczynku i rekreacji, wsparcie w okresie żałoby.
8. Rehabilitacja, fizjoterapia, użyczenie do korzystania sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej.

9. Zapobieganie powikłaniom.
10. Inne badania zlecone przez lekarzy, diagnostyka laboratoryjna itp.
11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do realizacji opieki.
12. Opieka wyręczająca.
13. Przejazd środkami transportu sanitarnego.
14. Działania edukacyjne dla pacjentów, ich rodzin oraz społeczeństwa w zakresie pomocy osobom chorym i potrzebującym.

Świadczenia w warunkach domowych:

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki.
3. Porady psychologa.
4. Leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO (drabina analgetyczna).
5. Leczenie innych objawów somatycznych, w tym tlenoterapia.
6. Opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną.
7. Rehabilitacja.
8. Zapobieganie powikłaniom.
9. Ordynacja leków.
10. Bezpłatne wypożyczenie wyrobów medycznych i środków pomocniczych.
11. Przejazd środkami transportu sanitarnego.
12. Pomoc wyręczająca.

W ramach obu rodzajów świadczeń przewidziano również, dla grup dodatkowo korzystających ze wsparcia, czyli rodzin, a także rodziców/opiekunów dzieci, edukację dotyczącą opieki nad pacjentem, wsparcie psychologiczne i terapię grupową – przygotowanie do odejścia członka rodziny.

Sposób udzielania świadczeń

Każdy uczestnik spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł nieodpłatnie skorzystać z całościowej, wszechstronnej opieki w przypadku nieuleczalnych, niepoddających się terapii przyczynowej i postępujących chorób. Udział w programie będzie dobrowolny, a o

włączeniu do niego zdecyduje kolejność zgłoszeń (aż do osiągnięcia limitu osób ustalonego przez beneficjentów projektu).

Świadczenia w ramach programu będą przerywane w przypadku, kiedy zaistnieje choć jedno z kryteriów wyłączenia uczestników z programu.

Program ma charakter ciągły, jednak jego rozliczanie i sprawozdawanie będzie się odbywało w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez beneficjenta w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane z NFZ.

Działania objęte programem znajdują się w grupie świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych. Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych – finansowanych przez budżet państwa.

Uczestnicy programu rozpoczynający w nim udział będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad, świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące kryteria:

- a. Działania programu skierowane są również do członków rodzin osób w nim uczestniczących.
- b. Świadczenia programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa. Wyjątkiem są świadczenia udzielane w warunkach domowych³⁵.
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje³⁶.
- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych³⁷.

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2013 r., *op. cit.*; Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania Dz. U. z 2015 t. poz. 2069.

Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zgonu uczestnika lub zakończenia czasu trwania programu. Możliwe jest także zakończenie udziału na podstawie rezygnacji uczestnika. W przypadku osób niepełnoletnich decyzja należy do rodziców/opiekunów dziecka.

Dobrowolne odstąpienie od udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika lub rodzica/opiekuna uczestnika. Możliwe jest także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu, w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Etapy programu polityki zdrowotnej

W ramach programu beneficjent obligatoryjnie musi przeprowadzić:

1. Akcję informacyjną, w tym nabór wolontariuszy do opieki nad uczestnikami programu.
2. Rekrutację uczestników.
3. Interwencję terapeutyczną.
4. Działania edukacyjne w zakresie opieki nad pacjentem, a także wsparcie psychologiczne i terapię grupową – przygotowanie do odejścia członka rodziny.
5. Monitoring działań w ramach programu.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i wsparcie objawowe osób chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Świadczenia te przysługują pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe.

Hospicjum stacjonarne przeznaczone jest przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie. Jego działalność polega przede wszystkim na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz na opiece nad ich rodzinami. Świadczy również opiekę wyręczającą.

Pomoc zapewnia wielodyscyplinarny zespół osób, w którego skład wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i psycholog.

Za zgodą lekarza oraz kierownika oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego pacjentowi może być udzielona przepustka. W okresie korzystania z niej świadczeniodawca wyposaża chorego w leki i wyroby medyczne. Czas jego przebywania na przepustce nie może być dłuższy niż 2 dni w miesiącu.³⁸

³⁸ <http://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> dostęp [11.07.2018]

W hospicjum domowym dla dorosłych i dzieci do ukończenia 18. roku życia pacjentom objętym opieką przysługuje:

- całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 razy w miesiącu;
- całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę, wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu;
- porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza, a dotyczące pozostałego personelu (fizjoterapeuta, psycholog).

Wizyta personelu hospicjum domowego jest każdorazowo potwierdzana przez chorego, członka jego rodziny lub opiekuna.

Świadczenia realizowane w hospicjum domowym obejmują również bezpłatne wypożyczenie przez nie wyrobów medycznych.

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia pacjentowi nieodpłatnie:

- badania diagnostyczne;
- w warunkach stacjonarnych – leki i wyroby medyczne.³⁹

Pierwszy element programu to akcja informacyjna, skierowana do mieszkańców Gminy Miasto Marki. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów, jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze oraz inne instytucje wsparcia społecznego.

Drugi element programu to rekrutacja do programu, która będzie przeprowadzana na podstawie:

- weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej stwierdzającej nieuleczalną, postępującą, ograniczającą życie chorobę nowotworową i nienowotworową zgodnie

³⁹ <http://www.nfz-opole.pl/dla-pacjenta/opieka-paliatywna-i-hospicyjna/> dostęp [11.07.2018]

z wykazem do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej (Dz. U. z 20 listopada 2013 poz. 1347)⁴⁰

lub

- skierowania od lekarza specjalisty stwierdzającego ww. przesłanki.

Trzeci element programu to interwencja terapeutyczna. Opieka paliatywna ma następujące podstawowe wymiary:

- łagodzenie objawów;
- wsparcie psychologiczne, socjalne, duchowe i emocjonalne;
- wsparcie rodziny;
- wsparcie w okresie żałoby.

Wybrane zalecenia wynikające z opinii ekspertów, rekomendacji oraz dowodów naukowych dotyczących skuteczności i efektywności kosztowej programów dotyczących opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej:

- Specjalista opieki paliatywnej powinien być dostępny dla wszystkich chorych, którzy tego potrzebują, o każdej porze, przez 7 dni w tygodniu i w każdej sytuacji.
- Opieka paliatywna zajmuje się somatycznymi, psychologicznymi i duchowymi aspektami związanymi z zaawansowaną chorobą. Dlatego też wymaga skoordynowanego działania wysoko wykwalifikowanego i odpowiednio wyposażonego, interdyscyplinarnego zespołu fachowców z różnych dziedzin.
- Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej oraz polityka programowa powinny proponować szeroki zakres usług, takich jak: opieka domowa, hospitalizacje na oddziałach specjalistycznych i ogólnych, korzystanie z opieki ambulatoryjnej w poradniach, pomoc w wypadkach nagłych. Powinny być one kompletne i odpowiednie do systemu opieki zdrowotnej i kultury narodowej oraz uwzględniać zmieniające się potrzeby i preferencje chorego.
- Zapewnienie właściwej opieki w miejscu zamieszkania wydatnie zmniejsza liczbę hospitalizacji chorych i interwencji pogotowia ratunkowego, co stanowi znaczące usprawnienie działania systemu opieki zdrowotnej i zmniejszenie kosztów.

⁴⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu, *op. cit.*

- Opieka paliatywna obejmuje swoim zakresem również opiekunów i rodziny, które są później osierocone. Zabezpiecza tym samym prozdrowotność osób współuczestniczących w okresie umierania bliskiej osoby.
- W wielu przypadkach dobrze prowadzona opieka nie tylko poprawia jakość życia, ale powoduje też jego wydłużenie.
- Wpływ interwencji stosowanych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej zależy w szczególności od skutecznego komunikowania się personelu domu opieki i dostawców hospicyjnej opieki zdrowotnej.
- Ze względu na holistyczne podejście opieki paliatywnej do pacjenta interwencje powinny obejmować złagodzenie objawów fizycznych, działania psychologiczne, łagodzenie obaw egzystencjonalnych oraz duchowych.
- Interwencje psychoterapeutyczne, psychospołeczne i edukacyjne mogą odgrywać rolę w poprawie jakości życia pacjentów. Promocja strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z symptomami choroby oraz polepszenia samopoczucia fizycznego.
- Zastosowanie leczenia przeciwbólowego u pacjentów objętych opieką paliatywną znacznie obniża natężenie odczuwania dolegliwości. Wykazano również przydatność skali Dolophus-2 w ocenie i diagnostyce bólu przewlekłego oraz w monitorowaniu skuteczności leczenia przeciwbólowego.
- Upowszechnianie i wdrażanie strategii radzenia sobie ze stresem może przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z symptomami choroby oraz polepszenia samopoczucia fizycznego.
- Refleksologia może zmniejszyć odczuwanie niepokoju i bólu, jednak jest to działanie krótkotrwałe.
- Programy szkoleniowe dotyczące treningu zdolności komunikacyjnych pracowników służby zdrowia pracujących z chorymi na raka wydają się skuteczne w poprawie niektórych umiejętnościowych komunikacyjnych personelu medycznego⁴¹

⁴¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 280/23013 z dnia 2 grudnia 2013 r. o projekcie programu „Działania wspierające-pielęgnacyjne dla osób z terenu Miasto Nysa objętych opieką paliatywną”, <http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/opz/2013/OP-280-2013.pdf>. [dostęp 12.07.2018]

Dodatkowo, w ramach programu zaplanowane powinny być **działania edukacyjne w zakresie opieki nad pacjentem**, a także wsparcie psychologiczne i terapia grupowa dla rodzin, rodziców/opiekunów dzieci nim objętych.

Działania edukacyjne mogą być skierowane np. do pracowników podmiotów zajmujących się pacjentem paliatywnym, rodzin podopiecznych hospicjów. Mają zwiększyć świadomość konieczności wsparcia u osób udzielających świadczeń hospicyjnych i paliatywnych oraz poszerzyć ich umiejętności w opiece nad pacjentem terminalnym. Uczestnicy zajęć mogą być poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu *pre-testu* przed oraz *post-testu* po edukacji, opracowanym przez beneficjenta.

Ostatni element działań edukacyjnych to wsparcie psychologiczne i terapia grupowa rodzin, rodziców/opiekunów dzieci objętych programem – przygotowanie do odejścia członka rodziny.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu polityki zdrowotnej prowadzone będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Wymagane jest, aby osoby prowadzące edukację miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, psycholodzy lub psychoterapeuci, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grup odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do ich wieku i stanu psychicznego.

Działania edukacyjne

- Realizator programu zapewnia odpowiednio wykwalifikowaną kadrę, np. lekarze medycyny, psycholodzy lub psychoterapeuci, specjaliści zdrowia publicznego
- Realizator programu prowadzi ich dokumentację (m.in. rejestr uczestników).
- Plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o chorobach nowotworowych, opiece terminalnej, potrzebie łagodzenia bólu i wsparcia psychologicznego;
- Działania edukacyjne obejmują również informację o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ w ramach opieki paliatywnej.

Ostatnim elementem w ramach programu będzie **monitoring działań** obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w jego ramach. Uczestnicy programu podczas wizyty podsumowującej zostaną poproszeni o wypełnienie ankiety oceniającej satysfakcję uczestnika programu.

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Miasto Marki przez beneficjenta lub beneficjentów wybranych w konkursie.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych, wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, aby zagwarantować dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Beneficjent zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych⁴². Beneficjenci zapewnią także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń⁴³.

W programie zastosowane zostaną urządzenia i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej)⁴⁴. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie beneficjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych⁴⁵.

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

⁴³ *Ibidem*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2013 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*; Ustawa z dnia 20 maja 2010 r., *op. cit.*

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r., *op. cit.*

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji⁴⁶.

Beneficjent musi dysponować wymaganą kadrą lub dobrać niezbędne osoby do realizacji zadań przewidzianych w programie.

Wymagania kadrowe:

- lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończeniem kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych;
- pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub właściwe kursy zgodnie z obowiązującymi wytycznymi;
- psycholog, psycholog kliniczny, psychoonkolog, edukatorzy, specjaliści zdrowia publicznego;
- fizjoterapeuci;
- duszpasterze.

Beneficjent jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego mu zadania – sprzętu medycznego i pomocniczego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi⁴⁷.

⁴⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2013 r., *op. cit.*; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Dz. U. z 2011 r. Nr 151, poz. 896; Ustawa z dnia 20 maja 2010 r., *op. cit.*

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 listopada 2013 r., *op. cit.*

5. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2019–2021, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji instytucji zarządzającej i posiadanych zasobów finansowych.

Monitoring

Ocena zgłaszalności to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz realizacji programu przez konkretnego beneficjenta i zakładanej populacji docelowej.

Bieżąca ocena będzie polegała na analizie przez beneficjenta raportów okresowych tworzonych w rocznych interwałach.

Beneficjent będzie także zobligowany do złożenia instytucji zarządzającej raportów rocznych i końcowego po zakończeniu działań w ramach programu.

Monitoringowi zostanie poddana m.in. liczba zgód na udział w programie, wykonanych poszczególnych świadczeń i liczba uczestników działań edukacyjnych. Zmiany poszczególnych wartości wskaźników w poszczególnych latach programu, porównane z liczebnością populacji docelowej, staną się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Ponadto szczególna uwaga winna zostać zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Beneficjent przeanalizuje i uwzględni przyczyny tego stanu. Wnioski zostaną wykorzystane do możliwej minimalizacji podobnej sytuacji w kolejnych latach realizacji programu.

Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez beneficjenta programu, a ich jakość – regularnie monitorowana za pomocą samodzielnie opracowanego narzędzia, np. ankiety satysfakcji uczestnika programu. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom programu lub ich opiekunom lub członkom rodziny, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wnioski posłużą podniesieniu jakości programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To zatem proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom i uczestnikom.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznej identyfikują czynniki, które przyczyniły się do jej sukcesu lub niepowodzenia, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, wskazują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana instytucja zarządzająca.

W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem ich realizacji,:

- czas oczekiwania na realizację usług opiekuńczych dla pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, objętych opieką paliatywną w latach 2019–2021; zakładane skrócenie czasu oczekiwania, dane uzyskane na podstawie informacji od realizatorów
- czas oczekiwania na wizytę u psychologa/psychoonkologa dla rodzin pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, objętych opieką paliatywną w latach 2019–2021;

zakładane skrócenie czasu oczekiwania, dane uzyskane na podstawie informacji od uczestników programu i realizatorów usług w ramach programu

- liczby osób korzystających ze wsparcia psychologicznego; dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów;
- liczby pacjentów, u których uzyskano zmniejszenie bólu o co najmniej 1 punkt w skali NRS; dane uzyskane na podstawie dokumentacji medycznej, uzyskane od beneficjentów;
- liczby pacjentów, u których zmniejszyła się częstość dolegliwości, takich jak: nudności, wymioty, zaparcia, wyleżenie odleżyn; dane uzyskane na podstawie dokumentacji medycznej, uzyskane od beneficjentów
- liczby osób z rodzin uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci, którzy uczestniczyli w zajęciach edukacyjnych; dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów;
- liczby osób z rodzin uczestników programu, rodziców/opiekunów dzieci, u których uzyskano wzrost wiedzy po zajęciach edukacyjnych; dane uzyskane na podstawie list uzyskanych od beneficjentów;
- liczby łóżek dostępnych dla pacjentów w stanie terminalnym w latach 2019, 2020 i 2021 dla pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, dane z NFZ i od beneficjentów
- liczby pacjentów, u których uzyskano usprawnienie fizyczne podczas trwania programu; dane uzyskane na podstawie dokumentacji medycznej, uzyskane od beneficjentów
- liczby uczestników programu, u których nastąpiła poprawa stanu psychicznego; dane uzyskane na podstawie dokumentacji medycznej, uzyskane od beneficjentów.

Powyższe analizowane będzie przez narzędzia – odpowiednie kwestionariusze lub ankiety przeznaczone do ww. pomiarów.

6. Koszty

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonała wyceny kosztów opieki paliatywnej. Koszt świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2014 roku wyniósł 365 756 220 zł i był wyższy niż w roku 2013, kiedy to wynosił 355 473 480 zł. Zgodnie z opinią NFZ, nie jest on jedynym kosztem ponoszonym przez płatnika, gdyż mimo objęcia chorego opieką paliatywną i hospicyjną NFZ dodatkowo opłaca realizację świadczeń udzielanych tym chorym w innych zakresach. W 2013 roku była to kwota w wysokości 272 848 344 zł.

Koszt opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych placówkach jest uzależniony od wynegocjowanej z oddziałem wojewódzkim NFZ stawki cenowej za produkt rozliczeniowy.

Szacunkowe stawki, określone umowami zawartymi z NFZ na 2015 rok, wynoszą:

- 216,18 zł za osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym;
- 41,53 zł za osobodzień w hospicjum domowym;
- 35,75 zł za poradę w poradni medycyny paliatywnej.

Analiza czasu trwania pobytów pacjentów w 2014 roku w jednostkach zapewniających opiekę stacjonarną wykazała, że wahał się on od 22 do 28 dni, natomiast średnia długość pobytu wynosiła 25,6 dnia.

Przy założeniu kosztu osobodnia na podstawie średniej z oddziałów wojewódzkich NFZ (216,18 zł) i średniej długości pobytu (25,6 dnia) koszt świadczenia dla 1 pacjenta wynosi 5 534,18 zł⁴⁸.

Miasto Marki w ramach programu przeznaczyło 20 000 zł rocznie na realizację opieki paliatywnej dla mieszkańców zakwalifikowanych do uczestnictwa.

Na cały okres realizacji programu zaplanowano kwotę 60 000 zł.

⁴⁸ „Rekomendacja nr 27/2015 z dnia 30 marca 2015 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej we wskazaniu stwardnienie rozsiane poprzez włączenie rozpoznania stwardnienie rozsiane (kod ICD-10: G35) do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, jako świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej”, http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2015/031/REK/RP_27_2015_SM_opieka_paliatywna_i_hospicyjna.pdf [dostęp: 11.03.2017]).

Planowane koszty całkowite

Koszty całkowite przewidziane na realizację programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają. Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od ofert, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne programy mogą różnić się znacząco pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez instytucję zarządzającą programem. Beneficjenci na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programów.

Na całkowity budżet projektu składają się wymienione niżej pozycje kosztowo-organizacyjne:

- działania organizacyjne związane z akcją informacyjną;
- koszty działań edukacyjnych;
- koszty wsparcia psychologicznego;
- działania administracyjne związane z obsługą projektu (w tym koszty monitorowania i ewaluacji);
- koszty realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach całościowej opieki paliatywnej.

Koszty akcji informacyjnej określone zostały na poziomie ok. 500 zł rocznie – jest to koszt przygotowania ulotek, plakatów umieszczonych w Urzędzie Miasta Marki i jednostkach podległych oraz w szpitalu rejonowym, przychodniach.

Działania edukacyjne (skierowane np. do rodzin, rodziców/opiekunów dzieci objętych programem, pracowników podmiotów zajmujących się pacjentem paliatywnym) powinny obejmować ok. 5 godzin zajęć dla grupy uczestników. Szacuje się, że odbywać się będą one z częstotliwością raz na kwartał, wraz z zebraniem się grupy wolontariuszy.

Koszt jednego szkolenia (wynagrodzenie osoby prowadzącej) to ok. 50 zł/godzinę.

Koszty związane z działaniami edukacyjnymi to ok. 1000 zł rocznie.

Wsparcie psychologiczne powinno być udzielane w ramach kosztu osobodnia opieki nad pacjentem w ramach programu.

Dopuszcza się dofinansowanie działań w ramach terapii grupowej kwotą do 1000 zł kwartalnie.

Działania administracyjne związane z obsługą projektu (w tym koszty monitorowania i ewaluacji, koszty rezerwy budżetowej) szacowane są na ok. 500 zł rocznie.

Z powyższych wyliczeń wynika, że na realizację świadczeń opiekuńczych w ramach programu przeznaczonych będzie podczas jego trwania **17 000 zł rocznie**.

Koszty jednostkowe

Zgodnie z komunikatem w sprawie cen oczekiwanych jednostek rozliczeniowych w konkursie ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2014 i latach następnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z dnia 12 marca 2014r:

- świadczenia w hospicjum domowym 40 zł;
- świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci 75 zł;
- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym 210 zł.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dokonała w 2015 roku taryfikacji dla opieki paliatywnej i hospicyjnej. Na podstawie wyceny ustalono maksymalne poziomy finansowania świadczeń w ramach programu.

Finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach programu zostało określone na poziomie do maksymalnej kwoty osobodnia:

- w przypadku świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci i młodzieży – 89 zł (brutto);
- w przypadku świadczenia w hospicjum stacjonarnym dla dzieci i młodzieży – 342 zł (brutto);
- w przypadku świadczenia w hospicjum domowym dla osób dorosłych – 45 zł (brutto)
- w przypadku świadczenia w hospicjum stacjonarnym dla osób dorosłych – 342 zł (brutto).

Źródła finansowania, partnerstwo

Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki sfinansowany zostanie w całości ze środków budżetu Gminy Miasto Marki w ramach Funduszu Programy Polityki Zdrowotnej Dz. 851, rozdz. 85149.

7. Załączniki – przykładowe dokumenty do wykorzystania przez beneficjentów

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w hospicjum?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z hospicjum</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w hospicjum?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w hospicjum?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w hospicjum?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....
.....
.....
.....
.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

Uzasadnienie

Uchwała dotyczy programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej dla mieszkańców Gminy Miasto Marki na lata 2019 – 2021.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) zaleca gminom tworzenie programów i realizowanie ich z własnych środków budżetowych.

Program ma na celu poprawę jakości życia chorych mieszkańców Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021 cierpiących na choroby przewlekłe lub znajdujących się w stanie terminalnym poprzez zmniejszenie o co najmniej 1 punkt odczuwalnego dyskomfortu bólowego w skali bólu NRS (Numerical Rating Scale). Program zakłada także poprawę dostępności do fachowego wsparcia dla rodzin osób mieszkających w Gminie Miasto Marki w latach 2019-2021, objętych opieką paliatywną, zarówno w okresie choroby, jak i osierocenia.

Zakłada on także zmniejszenie do poziomu akceptowalnego przez pacjentów dolegliwości takich, jak: nudności, wymioty, zaparcia, występowanie odleżyn w trakcie realizacji usług opiekuńczych oraz zwiększenie skuteczności opieki poprzez złagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych w ramach programu dla mieszkańców Gminy Miasto Marki w latach 2019-2021.

Zwiększenie o 10% dostępności do bezpłatnych świadczeń opiekuńczych dla pacjentów, mieszkańców Gminy Miasto Marki, objętych opieką paliatywną w latach 2019–2021 i wzrost świadomości 30% pacjentów paliatywnych na temat leczenia objawowego, w tym leczenia bólu, poprzez działania edukacyjne w ramach programu w latach 2019–2021 to kolejne elementy, jakie zakłada program. Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w Wieloletniej Prognozie Finansowej Gminy Miasto Marki w dziale 851, rozdziale 85149, §2360 w wysokości:

- na rok 2019 - 20.000,00 zł.,
- na rok 2020 - 20.000,00 zł.,
- na rok 2021 - 20.000,00 zł.

Program zyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

Dokument podpisany bezpiecznym podpisem elektronicznym

Podpis: Signature-1833092389

Imię: Paweł

Nazwisko: Pniewski

Instytucja:

Województwo:

Miejscowość:

Data podpisu: 27 lutego 2019 r.

Zakres podpisu: Cały dokument