

**UCHWAŁA NR CXXV/3441/23  
RADY MIASTA KRAKOWA**

z dnia 20 grudnia 2023 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn.  
„Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”.**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5, art. 18 ust. 1 i art. 30 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688), art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 92 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1526, z 2023 r. poz. 572) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1, art. 48 ust. 1 i ust. 5 i art. 48a ust. 5 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674, 2770, z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831, 1872 i 1938) uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków” do realizacji w 2024 r., w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Krakowa.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodniczący Rady  
Miasta Krakowa

**Artur Buszek**

Załącznik do uchwały  
Rady Miasta Krakowa  
nr CXXV/3441/23 z dnia 20 grudnia 2023 r.

# **PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ**

## **Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków**

**Okres realizacji programu: 2024**

**autor programu: Gmina Miejska Kraków**

## Spis treści

<b>I. Opis problemu zdrowotnego</b> .....	3
1. Problem zdrowotny .....	3
2. Epidemiologia .....	5
3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu .....	9
4. Obecne postępowanie.....	9
5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu .....	13
<b>II. Cele programu</b> .....	16
1. Cel główny .....	16
2. Cele szczegółowe.....	16
3. Oczekiwane efekty .....	16
4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu .....	17
<b>III. Adresaci Programu (populacja programu)</b> .....	17
1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe .....	17
2. Tryb zapraszania do Programu .....	18
<b>IV. Organizacja programu</b> .....	18
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.....	18
2. Planowane interwencje.....	19
3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników .....	20
4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu .....	21
5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych .....	22
6. Spójność merytoryczna i organizacyjna .....	23
7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania .....	23
8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji .....	23
9. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu .....	24
10. Dowody skuteczności planowanych działań .....	26
<b>V. Koszty</b> .....	26
1. Koszty jednostkowe.....	26
2. Planowane koszty całkowite .....	28
3. Źródła finansowania, partnerstwo .....	28
4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne... ..	28
<b>VI. Monitorowanie i ewaluacja</b> .....	29
1. Ocena zgłaszalności do programu .....	29
2. Ocena jakości świadczeń w programie.....	30
3. Ocena efektywności programu .....	30
4. Ocena trwałości efektów programu.....	31
Załącznik nr 1.....	33

## I. Opis problemu zdrowotnego

### 1. Problem zdrowotny

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Powyższe problemy zdrowotne znajdują odzwierciedlenie w statystykach. Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC, 2017 r.) niemal co czwarta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) zamieszkująca Polskę oceniła w 2017 r. swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry. Z kolei niespełna 30% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest złe lub nawet bardzo złe. Niespełna połowa wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej nie określiła swojego zdrowia w sposób jednoznaczny. 45,7% respondentów stwierdziło, że ogólnie ocenia swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”. Dwie trzecie (67,7%) badanych wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewiduje się że będą trwałe) co najmniej 6 miesięcy. Większy udział osób o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych odnotowano w miastach (69,3%) niż na wsi (65,1%). Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca już od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyło 46,2% respondentów. Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, przynajmniej raz wystąpiła potrzeba skorzystania z usług opieki zdrowotnej u 79% badanych. Z tej grupy ok. 8,7% zadeklarowało, że nie skorzystało z tych usług, gdy tego rzeczywiście potrzebowało. Przy czym prawie 37,9% tych ankietowanych jako powód podało „listę oczekujących, brak skierowania”, a 26,2% liczyło, że dolegliwości po pewnym czasie same ustąpią. Powyżej przywołane dane wskazują na niską samoocenę zdrowia w badanej populacji, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych lub chorób przewlekłych, ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności wśród badanych. Co istotne, wykazano wysoki poziom zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej oraz ograniczenia w zakresie dostępności opieki. Istnieje zatem pilna potrzeba zapewnienia tego typu świadczeń. Wyniki Europejskiego Ankiетowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzonego w 2014 r., pokazują, że u większości starszych osób występują choroby przewlekłe czy dolegliwości (bez względu na czas ich trwania). Tylko co 9 osoba deklarowała brak takich problemów. Najczęstsza dolegliwość zdrowotna osób pow. 60 r. ż. to nadciśnienie tętnicze, które zdiagnozowano u ponad połowy ww. osób. Częstym schorzeniem były również bóle dolnej partii pleców (ponad 40% badanych) oraz choroba zwyrodnieniowa stawów (blisko 40% osób starszych), a także bóle szyi lub środkowej części pleców (po 29%) i choroba wieńcowa, która występowała u co czwartej osoby. Wśród wymienianych schorzeń znalazły się również: cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%).

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

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

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

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

## 2. Epidemiologia

W okresie ostatniego ćwierćwiecza w Polsce obserwuje się spowolnienie rozwoju demograficznego oraz znaczące zmiany w strukturze wieku jej mieszkańców, które powodują, iż mamy do czynienia ze zjawiskiem **starzenia się ludności** kraju. Na koniec 2022 r. liczba ludności Polski wynosiła 37 766 327 osób, w tym 9 797 710 stanowiły osoby powyżej 60 r. ż. (tj. ok. 26%). W latach 1989-2015 liczba osób starszych wzrosła o ponad 3,2 mln, a największy wzrost - o 0,9 mln – odnotowano dla grupy 60-64 latków. Udział osób w wieku pow. 60 r.ż w ogólnej populacji wzrósł z 14,7% w 1989 r. do 22,9% w 2015 r. W miastach ludność w starszym wieku stanowi prawie 25% populacji a na terenach wiejskich mieszka ich 20%. Dane demograficzne potwierdzają, że proces starzenia się społeczeństwa dotyczy również **Krakowa**. Wg danych GUS w 2022 r. liczba ludności w Krakowie wynosiła 803 282, co w porównaniu do roku ubiegłego oznaczało wzrost o 699 osób (802 583 w 2021 r.). Liczba osób pow. 60 r. ż. wynosiła natomiast 198 212 (tj. ok. 25%). W latach 2014 – 2016 największy wzrost liczby ludności zanotowano w grupie wiekowej 85+ (z 15 882 w 2014 r. do 18 258 w 2016 r.). Odnotowano wzrost odsetka ludności w wieku poprodukcyjnym: wzrost z 19% w 2010 r. do 23% w 2016 r., co przy jednoczesnym spadku odsetka osób w wieku przedprodukcyjnym świadczy o występowaniu zjawiska starzejącego się społeczeństwa.<sup>7</sup> Prognozy GUS wskazują, iż w latach 2015 – 2035 wśród mieszkańców Krakowa nastąpi znaczący spadek liczby osób w wieku 65 – 69 (spadek z 45 146 do 37 678) oraz wzrost liczby ludności pozostałych grupach wiekowych osób starszych (tj. od 70 r.ż.). Największy wzrost w 20 – letniej perspektywie nastąpi w przedziale wiekowym 85 lat i więcej. Na podstawie prognoz GUS, w Polsce szacuje się, iż do 2030 r. osoby 60+ będą stanowić 29% populacji, a do 2050 r. 40 %.

W 2022 r. osoby starsze w wieku 60 lat i więcej stanowiły 25% całej populacji Gminy Miejskiej Kraków, czyli 1/4 wszystkich jej mieszkańców. Wydłużenie okresu życia sprzyja pogorszeniu się jakości życia, a tym samym znacznemu obciążeniu chorobami przewlekłymi czy niesprawnością funkcjonalną, stąd zwiększa się zapotrzebowanie na różnorodne świadczenia medyczne, w tym pielęgnacyjno-opiekuńcze.

**Powyzsza perspektywa oraz zauważalne już zjawisko wydłużania się życia, będzie wymagało zapewnienia osobom starszym i przewlekle chorym odpowiedniej opieki.**

Grupę osób starszych charakteryzuje przede wszystkim wysoka **umieralność**. Spośród ok. 450 tys. osób zmarłych w 2022 r. osoby pow. 60 r.ż. stanowiły blisko 80%. Na powyższy wskaźnik mają wpływ nie tylko czynniki demograficzne, ale i biologiczne tj. wzrost udziału ludności w starszym wieku w ogólnej populacji Polski oraz spadek liczby zgonów młodszych osób. Na przestrzeni ostatnich 30 lat zdecydowanie zmniejszyło się natężenie umieralności. W 2017 r. współczynnik zgonów dla całej grupy starszych osób wyniósł prawie 37‰ (w 1990 r. wynosił ponad 50‰), a w przypadku osób w wieku 85 lat i więcej kształtował się na poziomie 153‰ (współczynnik dla całej populacji Polski wynosi 10,5‰). Wśród przyczyn zgonów seniorów należy wymienić:

- choroby układu krążenia - w 2016 roku spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia ponad 90% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. Wśród osób starszych zgony kardiologiczne stanowiły blisko połowę wszystkich zgonów. W przypadku seniorów (85 lat i więcej) – tylko co 3 umiera w wyniku innych przyczyn niż kardiologiczne.

<sup>6</sup> Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce, Otwarte Posiedzenie Komitetu Nauk Klinicznych, PAN, 2014, materiały prasowe.

<sup>7</sup> Bank Danych Lokalnych, GUS

- nowotwory, w tym nowotwory złośliwe. W 2016 r. odsetek osób starszych zmarłych w wyniku nowotworów wyniósł 25% (w 1990 r. - 18%). Dane Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wskazują, że obecnie spośród wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych ponad 70% dotyczy osób w wieku co najmniej 60 lat. Najwcześniej diagnozowane są nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotwory jelita grubego.
- inne przyczyny zgonów osób starszych to: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby.<sup>8</sup>

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

W 2022 r. w Krakowie odnotowano łącznie 1 075 zgonów ogółem na 100 tys. osób. Z kolei w Małopolsce odnotowano 1 048 zgonów ogółem na 100 tys., 266 zgonów z powodu nowotworów ogółem na 100 tys. ludności, 248 zgonów z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. ludności oraz 431 zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności.

W kraju, współczynnik zgonów w populacji osób w wieku 60 lat i więcej (liczba zgonów na 1000 osób w danym wieku) ukształtował się w 2021 r. na poziomie 46,4 wobec 42,6 w roku poprzednim. W ostatnich latach współczynnik ten miał tendencję malejącą, mimo występowania okresowych niewielkich wzrostów. Spadek ten został zahamowany w 2020 r., kiedy to z uwagi na epidemię COVID-19 zaobserwowano znacznie wyższą umieralność seniorów<sup>9</sup>.

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

Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia w 2017 r. osoby w wieku 65 lat i więcej skorzystały z 92,4 mln porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom starszym niemal 54,5 mln porad, co stanowiło 32% ogółu porad w tym zakresie. W opiece specjalistycznej lekarze udzielili osobom starszym ponad 32 mln porad lekarskich, tj. 28% wszystkich porad specjalistycznych<sup>10</sup>.

Należy nadmienić, iż w Krakowie w 2022 roku do lekarza POZ licznie zapisani byli pacjenci w wieku 70-74 lata (102% populacji) oraz pacjenci w wieku 75+ (101% populacji).

Według opracowania GUS za 2020 r., w podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom w wieku 65 lat i więcej 56,2 mln porad, tj. ponad jedną trzecią ogólnej liczby porad tego rodzaju (36,0% wobec 33,9% w roku 2019). W opiece specjalistycznej odnotowano 29,4 mln porad udzielonych osobom we wskazanym wieku, tj. 29,3% wszystkich porad specjalistycznych. Jednocześnie, w 2020 r. w poradniach geriatrycznych na terenie kraju udzielono łącznie 59,7 tys. porad lekarskich, w tym kobietom – 42,2 tys. (70,7%). Co istotne, poza poradnią geriatryczną, w której 96,5% wizyt przypada na osoby w wieku od 65 lat wzwyż, do poradni o szczególnie dużym odsetku wizyt pacjentów z podanej grupy wiekowej należą również m.in. poradnia osteoporozy (67,7%), poradnia urologiczna (65,7%), poradnia nefrologiczna (64,1%), poradnia chirurgii naczyniowej (62,2%), poradnia chorób naczyń (61,2%) oraz poradnia kardiologiczna (61,9%)<sup>11</sup>.

Na koniec 2021 r. oddziały geriatryczne dysponowały 1048 łózkami, na których w ciągu roku leczono 21,3 tys. osób. Należy uwzględnić fakt, iż osoby starsze przebywają często na innych oddziałach z uwagi na niewielką w Polsce liczbę oddziałów geriatrycznych. Dla przykładu, w 2019 r. chorzy w wieku 65+ stanowili aż 65% pacjentów przebywających na oddziałach wewnętrznych (572 tys. pacjentów).

<sup>8</sup> Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań GUS, Warszawa, wrzesień 2018 r.

<sup>9</sup> Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r., GUS

<sup>10</sup> Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań GUS, Warszawa, wrzesień 2018 r.

<sup>11</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z 2021 r., poz. 69

Jednocześnie, w 2019 r. z leczenia szpitalnego skorzystało 2,4 mln pacjentów w wieku 65+, dla których zrealizowano 5,8 mln wizyt. Aż 26% łącznej liczby wizyt stanowiły w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) i izbie przyjęć (IP). Najczęściej osoby starsze zgłaszały się na SOR/IP z rozpoznaniem samoistnego (pierwotnego) nadciśnienia (6% wizyt na SOR/IP), migotania i trzepotania przedsionków (5%), bólu w gardle i klatce piersiowej oraz w okolicy brzucha i miednicy (po 4%)<sup>12</sup>.

Uzupełnieniem ww. opieki szpitalnej jest opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna, która skierowana jest do pacjentów przewlekle czy nieuleczalnie chorych lub niesamodzielnych, którzy ze względu na stan zdrowia, niesprawność fizyczną lub brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, wymagają stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i/lub rehabilitacji.

W ciągu 2021 r. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i oddziały paliatywne udzieliły pomocy 98,0 tys. osób, w tym 76,3 tys. osób w wieku 65 lat i więcej. W 2021 r. osoby starsze stanowiły 77,9% ich pacjentów. W przypadku osób z tej grupy wieku, leczenia potrzebowało 25,2 tys. mężczyzn oraz 51,1 tys. kobiet. W przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej 107 pacjentów skorzystało z tej formy leczenia<sup>13</sup>

Na terenie Miasta **Krakowa** w latach 2007-2012 odnotowywano systematyczny wzrost liczby miejsc dla osób starszych w zakładach opiekuńczo-leczniczych. W ciągu 6 lat liczba łóżek wzrosła o 348, w tym o 87 łóżek na przestrzeni lat 2011 i 2012. Natomiast w 4 funkcjonujących na terenie Krakowa hospicjach stacjonarnych liczba zakontraktowanych w 2014 r. łóżek wynosiła 322. W ramach rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna MOW NFZ kontraktuje również zakres świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych<sup>14</sup>.

W 2020 r. ze stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanej przez NFZ skorzystało w Polsce 40,9 tys. osób, z tego 4,8 tys. osób w woj. małopolskim. Z kolei początkiem 2020 r. na miejsce w ZOL dla dorosłych oczekiwało ponad 8,6 tys. pacjentów, a w ZPO dla dorosłych – 3 tys. pacjentów, natomiast średni czas oczekiwania w zależności od kategorii medycznej wynosił średnio dla ZOL od 152 dni (przypadek pilny) do 294 dni (przypadek stabilny), a dla ZPO od 144 dni (przypadek stabilny) do 172 dni (przypadek pilny). W 2020 r. w Małopolsce ze stacjonarnych świadczeń w ramach ZOL/ZPO korzystało łącznie 131 pacjentów na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków 215 osób na 100 tys. ludności. W roku 2021 liczba pacjentów wzrosła do 145 na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków do 245 na 100 tys. ludności. Przekładając na wartości bezwzględne, liczba Małopolan korzystających łącznie ze stacjonarnej opieki w ZOL/ZPO wyniosła w 2020 r. 4 489 osób, a w powiecie Kraków 1 678. Z kolei w 2021 r. łącznie ze świadczeń skorzystało 4 933 osoby, a w powiecie Kraków 1 916 osób. W 2019 r. w Małopolsce liczba pacjentów w grupie wiekowej 65-79 lat korzystająca ze świadczeń ZOL/ZPO wyniosła 284 na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków 367 osób. W 2020 r. liczba pacjentów wzrosła do 290 pacjentów na 100 tys. ludności, a w powiecie do 373 pacjentów. Z kolei w 2021 r. w Małopolsce liczba pacjentów wyniosła 309 na 100 tys. ludności, a w powiecie Kraków 405 osób na 100 tys. ludności. Zauważyć można tendencje wzrostową osób korzystających z opieki długoterminowej, tym bardziej, iż przyrasta liczba osób starszych i niesamodzielnych w związku ze starzejącym się społeczeństwem. Średni czas pobytu pacjenta w ciągu roku w ZOL/ ZPO w 2021 r. szacował się na poziomie 196 dni w Małopolsce, a 202 dni w powiecie Kraków, z kolei w 2022 r. wyniósł 181 dni dla Małopolski a dla powiatu Kraków 178 dni.

Kolejną formą opieki zdrowotnej, z której korzystają osoby starsze, jest leczenie prowadzone w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego oraz w stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej. W placówkach tych kontynuowane jest leczenie szpitalne lub ambulatoryjne, celem odzyskania sprawności po chorobie, wypadku lub z powodu choroby zawodowej. W 2014 r. spośród 794,5 tys.

<sup>12</sup> Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r., Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., Ministerstwo Zdrowia

<sup>13</sup> Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r., GUS.

<sup>14</sup> *Opieka zdrowotna nad osobą starszą i osobą przewlekle chorą na terenie miasta Krakowa, opracowanie Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, 2014 r.*



osób korzystających z leczenia w tych zakładach, pacjenci w wieku 65 lat i więcej stanowili 38,6% (tj. 306,5 tys.). Ponadto na koniec 2014 r. w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej przebywało 46,3 tys. osób w wieku pow. 65 r.ż., z czego 2/3 w placówkach prowadzonych przez organ publiczny. W porównaniu do roku 2011 liczba osób starszych objętych opieką instytucjonalną jednostek świadczących usługi pomocy społecznej wzrosła o 8,7%, a jej udział w ogólnej liczbie mieszkańców tych zakładów wzrósł z 41,8% do 43,8%.<sup>15</sup> W 2021 r. liczba osób w wieku 65 lat i więcej, korzystających z lecznictwa uzdrowiskowego wyniosła 308,6 tys., co oznacza wzrost o 55,0% w stosunku do roku poprzedniego. Po odliczeniu cudzoziemców leczonych stacjonarnie, odnotowano 296,2 tys. kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej.

W sektorze pomocy społecznej w 2022 r. w Krakowie funkcjonowało 12 samorządowych domów pomocy społecznej, które łącznie dysponowały 2 027 miejscami, w porównaniu do 2021 r. liczba podmiotów oraz liczba miejsc nie uległa zmianie. W odniesieniu do funkcjonujących 3 niepublicznych placówek w Krakowie liczba miejsc w DPS-ach w 2022 r. również nie uległa zmianie w porównaniu do 2021 r. i wynosiła 163. Najwięcej miejsc w samorządowych DPS-ach w Krakowie jest przeznaczonych dla osób przewlekle somatycznie chorych – 897, w dalszej kolejności dla osób przewlekle psychicznie chorych – 693 miejsc, dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie- 165 miejsc, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie- 127 miejsc, a dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób w podeszłym wieku – 90 miejsc. W 2022 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na miejsce w DPS był dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 12 miesięcy oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych – 6 miesięcy.

W 2014 roku w **Krakowie** liczba osób objętych usługami opiekuńczymi wyniosła 2 169. W porównaniu do roku ubiegłego liczba tych osób zwiększyła się o 72 (z 2 097 w 2013 r.). Liczba osób objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla osób z zaburzeniami psychicznymi pomiędzy rokiem 2013 i 2014 zmalała z 448 do 422. Łącznie liczba osób objętych pomocą w 2014 r. wyniosła 2 591.<sup>16</sup>

W 2022 r. pomocą w formie usług opiekuńczych na terenie Krakowa objęto 1 922 osób, co przełożyło się na 682 458 godzin objęcia usługami, tj. mniej o 23 osoby oraz o 32 131,5 godzin w porównaniu do 2021 r. Natomiast specjalistycznymi usługami opiekuńczymi dla rodzin z dziećmi z niepełnosprawnościami oraz dla osób z zaburzeniami psychicznymi objęto ponad 300 osób zarówno w 2021 i 2022 r., przy czym większą liczbę godzin objęcia specjalistycznymi usługami opiekuńczymi zrealizowano w 2021 r., tj. 94 372 godzin, a w 2022 r. 87 872 godzin.

Osoby starsze stanowią również znaczną grupę pacjentów korzystających z ratownictwa medycznego. W 2014 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3 mln osób, z czego osoby w wieku pow. 65 r.ż. stanowiły 40,8% pacjentów. W porównaniu do roku 2010 liczba osób pow. 65 lat r.ż., którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczenia, wzrosła o 15,8%. Ze świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) skorzystało ponad 4,5 mln osób, z czego 21,1% to osoby starsze. Osoby starsze najczęściej korzystały ze świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych (27,5%), ogólnym – świadczenia niezakwalifikowane do innych poradni (18,3%), chirurgii (15,9%) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (15,4%).<sup>17</sup>

**Przedstawione statystyki potwierdzają, że w grupie osób starszych nadal występuje szereg problemów zdrowotnych, które ulegają nasileniu z upływem lat życia. Pogarszanie się wraz**

---

<sup>15</sup> Dane GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (2016 r.)

<sup>16</sup> Informacja na temat osób starszych, dane Gminy Miejskiej Kraków

<sup>17</sup> Dane GUS, notatka przygotowana na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (2016 r.)

z wiekiem stanu zdrowia powoduje ograniczenia w życiu codziennym, potrzebę zewnętrznego wsparcia oraz zwiększoną intensywność korzystania z usług opieki zdrowotnej.

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

Dane GUS za 2022 r. wskazują, że liczba ludności **województwa małopolskiego** wynosi 3 429 014, w tym liczba osób pow. 60 r. ż. to **819 510** (tj. ok. 24 %). Dane z Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011, wskazują że wśród Małopolan w wieku 65 lat i starszych osoby niepełnosprawne stanowią 41%. Jednocześnie wraz z wiekiem wzrasta liczba osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności – od 7% w grupie wiekowej 65–69 lat do 32% w grupie wiekowej 80 lat i więcej. Osoby w wieku 65–80+ stanowią aż 70% wszystkich Małopolan ze znacznym stopniem niepełnosprawności prawnej i biologicznej.

Z kolei wg danych GUS w 2022 r. liczba ludności w **Krakowie** wynosiła 803 282, w tym liczba osób pow. 60 r. ż. to **198 212** (tj. ok. 25%). Właśnie w tej grupie wiekowej odsetek osób niepełnosprawnych jest największy (**46%**). Najczęstszą przyczyną niepełnosprawności w tej grupie wiekowej są upośledzenia narządu ruchu, które dotyczyły aż 51.9% niepełnosprawnych.<sup>18</sup>

Kraków jest drugim (po Tarnowie) powiatem o najwyższym odsetku osób niepełnosprawnych ogółem (14,2% ). W latach 2017-2018 najwięcej orzeczeń o niepełnosprawności w grupie wiekowej powyżej 16 r.ż. odnotowano dla osób powyżej 60 lat (w 2017 r. – 43,9%, w 2018 r. – 46,6%). Dodatkowo, w najstarszej grupie wiekowej powyżej 60. roku życia dominującą przyczyną orzeczeń o niepełnosprawności było: upośledzenie narządu ruchu (w 2017 r. – 1 234, w 2018 r. – 1 309), choroby układu oddechowego i krążenia (w 2017 r. – 709, w 2018 r. - 729) oraz choroby neurologiczne (w 2017 r. – 380, w 2018 r. 470).<sup>19</sup>

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

### **4. Obecne postępowanie**

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

<sup>18</sup> RAPORT O ZDROWIU MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA I JEGO UWARUNKOWANIACH, URZĄD MIASTA KRAKOWA, Kraków, 2016

<sup>19</sup> RAPORT O ZDROWIU MIESZKAŃCÓW MIASTA KRAKOWA I JEGO UWARUNKOWANIACH, URZĄD MIASTA KRAKOWA, Kraków, 2019

## Opieka instytucjonalna w systemie opieki zdrowotnej:

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

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

W Krakowie funkcjonuje 9 zakładów opiekuńczo-leczniczych/ zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZOL/ZPO), w tym 2 zakłady prowadzą również stacjonarnie świadczenia dla osób wentylowanych mechanicznie (Serdeczna Troska Sp. z o.o. oraz Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, którego jednostką jest Zakład Opieki Długoterminowej w Makowie Podhalańskim, posiadający w swej strukturze Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Pacjentów Wentylowanych Mechanicznie). W Krakowie w 2020 r. w ramach ZOL/ ZPO przeznaczonych było łącznie 1322 miejsc dla dorosłych osób. Średni czas oczekiwania dla przypadku stabilnego jak i pilnego na miesiąc czerwiec 2023 r. wyniósł ponad 90 dni.

Pacjentom chorującym na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia zapewniana jest **opieka paliatywna**, która obejmuje swym zakresem przede wszystkim: zwalczanie bólu chorego i innych dolegliwości somatycznych, pielęgnację, łagodzenie cierpień psychicznych oraz duchowych. Opiekę paliatywną prowadzą: **poradnie medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne, oddziały medycyny paliatywnej i hospicja domowe**. Poradnie medycyny paliatywnej przeznaczone są dla pacjentów chorujących na choroby nowotworowe, u których zakończono leczenie przyczynowe, potrzebują natomiast leczenia przeciwbólowego i wsparcia. Chorzy, którzy wymagają częstszych wizyt lub ciągłej opieki w miejscu zamieszkania powinni zostać przekazani do hospicjum domowego. Hospicjum stacjonarne jest przeznaczone głównie dla pacjentów, którzy ze względu na ciężki przebieg nowotworu wymagają stałej specjalistycznej opieki medycznej. W 2022 r. na terenie Gminy Miejskiej Kraków funkcjonowały 4 placówki z oddziałami opieki paliatywnej. Ponadto funkcjonowało 9 zakładów, które zapewniały świadczenia w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej i prowadzone były przez fundacje i stowarzyszenia.

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

- **geriatrycznym**, gdzie sprawuje się całodobową opiekę medyczną nad chorym po 65 r.ż. Oddziały geriatryczne zajmują się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem oraz rehabilitacją schorzeń występujących w wieku podeszłym. Celem pobytu na oddziale geriatrycznym jest przywrócenie hospitalizowanej osobie stanu zdrowia w określonym czasie pobytu. W sytuacji, kiedy ze względu na nieuleczalność choroby, nie jest to możliwe, podniesienie jej stanu funkcjonalno-czynnościowego na wyższy poziom, celem pobytu jest spowolnienie rozwoju przewlekłych procesów chorobowych oraz zapobieganie ich zaostrzeniu.
- **dla przewlekłe chorych** - zapewniających całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentami, którzy nie wymagają już intensywnego leczenia, natomiast ich stan zdrowia nie pozwala na wypis do domu.

- **medycyny paliatywnej** - świadczących wszechstronną, całodobową opiekę nad pacjentami cierpiącymi na nieuleczalne choroby.
- **psychogeriatrycznym** - zabezpieczających leczenie pacjentów po 60-tym r.ż., z rozpoznaniem organicznych zaburzeń lękowych, schizofrenii, zaburzeń urojeniowych, zespołów otępiennych, psychoz organicznych, organicznych zaburzeń nastroju oraz zaburzeń afektywnych. Oddział zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, a także opiekę psychologa, terapeuty zajęciowego, fizjoterapeuty oraz konsultanta.

Na terenie Miasta Krakowa świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie geriatryki świadczenia udzielane są przez 7 podmiotów.

#### **Opieka domowa w systemie opieki zdrowotnej:**

Opieką w domu mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub przewlekłej choroby, którzy w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Świadczenia pielęgniarskie realizowane są we współpracy z lekarzem rodzinnym i pielęgniarką środowiskową, obejmują pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, edukację zdrowotną osób objętych opieką, członków ich rodzin, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji chorego w domu. Minimalny czas opieki bezpośredniej nad jednym pacjentem wynosi 1,5 godziny dziennie, nie mniej niż 4 dni w tygodniu. Czas objęcia chorego tą formą opieki jest uzależniony od jego stanu zdrowia. W przypadku gdy pacjent uzyska więcej niż 40 punktów wg skali Barthel NFZ nie finansuje dalszej opieki. Osoby obłożnie chore z niewydolnością oddechową, wymagające stosowania inwazyjnej, bądź nieinwazyjnej ciągłej lub okresowej terapii oddechowej również objęte są opieką domową. Ten rodzaj opieki przeznaczony jest dla pacjentów niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, jednak wymagających stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, którzy wyrażają świadomą zgodę na ten typ leczenia.

#### **System pomocy społecznej:**

Opieka ta realizowana jest w Domach Pomocy Społecznej, które sprawują całodobową opiekę nad osobami, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Świadczą usługi w zakresie potrzeb bytowych, opiekuńczych i wspomagających oraz zapewniają: miejsca zamieszkania, wyżywienie, wyposażenie w odzież i obuwie, utrzymanie czystości, pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnację (w tym również w czasie choroby), umożliwiają dostęp do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, pranie odzieży, środki czystości i higieny osobistej mieszkańcom, którzy nie są w stanie jej zakupić, niezbędną pomoc załatwianiu spraw osobistych, świadczenie pracy socjalnej, umożliwiają udział w terapii zajęciowej oraz umożliwiają zaspokajanie potrzeb religijnych i inne. Z danych MOPS wynika, że na terenie Krakowa w roku 2022 funkcjonowało 12 samorządowych domów pomocy społecznej oraz 3 niepubliczne. Jak wynika z danych statystycznych w latach 2007 - 2011 zmalała liczba miejsc w DPS. Jednocześnie w roku 2011 wzrosła ogólna liczba wniosków o umieszczenie w DPS, przy czym większość osób wnioskuje o skierowanie do DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych (tendencja ta utrzymuje się od kilku lat).

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

Opieka domowa w systemie pomocy społecznej sprawowana jest natomiast przez wykwalifikowanych opiekunów w formie świadczenia usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze są formą pomocy przyznawaną osobie samotnej, która z powodu

wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Pomoc ta ma na celu umożliwienie osobom starszym i niepełnosprawnym prawidłowego funkcjonowania w środowisku zamieszkania i polega na wykonywaniu określonych czynności o charakterze gospodarczym oraz pielęgnacyjnym, wykonywanych w dziennym wymiarze czasowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są z kolei formą pomocy dostosowaną do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym i obejmują czynności polegające na uczeniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz pielęgnacji, a ich zadaniem jest wspieranie procesu leczenia.<sup>20</sup>

#### **Inne świadczenia:**

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

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

W Krakowie w 2022 roku funkcjonowało 568 poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w których udzielonych zostało ponad 2,8 mln porad lekarskich, z czego 62% porad udzielonych zostało kobietom, a pozostałe 38% – mężczyznom. Udział pacjentów na rzecz których zrealizowane zostały w 2022 roku porady lekarskie w ramach AOS jest zróżnicowany w poszczególnych grupach wiekowych. Widoczny jest wyraźny trend wzrostowy tego wskaźnika wraz z wiekiem. Blisko połowa wszystkich porad lekarskich w ramach AOS została udzielona osobom po 60 roku życia.

W 2022 r. najdłuższa kolejka wśród analizowanych wybranych świadczeń występowała w dostępie do świadczeń w ramach poradni neurochirurgicznej, gdzie średni czas oczekiwania wynosił 315 dni i wydłużył się o 80 dni w stosunku do roku 2019, kiedy wynosił 235 dni. Na świadczenia z zakresu poradni geriatrycznej w roku 2022 czekało się przeciętnie 305 dni, a okres oczekiwania wydłużył się o 63 dni w stosunku do 2019 roku, kiedy wynosił 242 dni. Na świadczenia z zakresu poradni chorób naczyń średni czas oczekiwania w roku 2022 wynosił 240 dni i skrócił się o 100 dni w stosunku do roku 2019 kiedy wynosił 340 dni.

Najkrócej pacjenci czekali na realizację świadczeń w dziedzinach takich jak: chirurgia ogólna, gdzie czas oczekiwania wynosił 26 dni w roku 2022 i skrócił się o 5 dni w stosunku do roku 2019; chirurgia onkologiczna, gdzie czas oczekiwania w 2022 roku wynosił 28 dni i skrócił się o 12 dni w stosunku do roku 2019.

---

<sup>20</sup> *Opieka długoterminowa nad człowiekiem w wieku podeszłym i przewlekle chorym, Urząd Miasta Krakowa Biuro ds. Ochrony Zdrowia, materiał informacyjny do Uchwały Rady Miasta Krakowa w sprawie przyjęcia Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2013-2015”*

W 2020 r. w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w Krakowie sprawozdanych zostało 122 551 wizyt fizjoterapeutycznych. W przeliczeniu na 100 tys. ludności liczba wizyt fizjoterapeutycznych wyniosła 14 430. W 2021 roku w Krakowie najdłuższy średni czas oczekiwania odnotowano w zakresie **rehabilitacji** prowadzonej w oddziale rehabilitacji narządu ruchu, który wynosił 433 dni. Należy jednak wskazać, że w porównaniu z rokiem 2019 uległ zmniejszeniu o blisko 40%. Również w ramach oddziału rehabilitacji neurologicznej zaobserwowano długi czas oczekiwania na świadczenia, który wyniósł 393 dni. Niepokojącym jest, iż na przestrzeni lat ulega on zwiększeniu, a w porównaniu z rokiem 2019 było to ok. 40%. W 2022 r. na rehabilitację w ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej, średnio oczekiwało się ponad 200 dni.

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

W 2015 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mający na celu pilotażowe wdrożenie przez resort rozwiązań służących utworzeniu **dziennych domów opieki medycznej**. Standard dziennego domu opieki medycznej był pilotażowo testowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020 (POWER) na poziomie centralnym (Ministerstwo Zdrowia). Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło konkurs w ramach działania pn. „Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi poprzez rozwój alternatywnych form opieki nad osobami niesamodzielnymi (w tym osobami starszymi)”. Wsparcie otrzymało 41 placówek z terenu całego kraju. Najważniejszym zadaniem dziennego domu opieki medycznej nad osobami niesamodzielnymi jest rehabilitacja lecznicza w celu przywrócenia pacjentowi sprawności i zdolności do funkcjonowania w środowisku. Nie mniej ważne są kontynuacje leczenia i realizacja zabiegów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki domowej. Ponadto ww. świadczenie zdrowotne obejmują przygotowanie pacjenta i jego opiekunów do samoopieki i samodzielnej pielęgnacji oraz edukację zdrowotną.

Opublikowane w 2017 r. wyniki badania ewaluacyjnego projektów POWER dotyczących tworzenia i prowadzenia dziennych domów opieki medycznej, wskazały, iż „przeważający odsetek badanych uznał, że stan ich zdrowia od czasu pobytu w DDOM uległ znacznej poprawie (57%)”. Istotnym zadaniem jest zatem dążenie do tego, aby świadczenia zdrowotne realizowane w ramach Dziennego Domu Opieki Medycznej były świadczeniami gwarantowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dostrzegając wagę zagadnienia, zadanie to zostało ujęte w strategicznych dokumentach rządowych takich jak: „*Zdrowa przyszłość*” *Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.* oraz w *obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*

## **5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu**

System opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce nie jest dostosowany do potrzeb osób starszych. Oferuje bowiem zdezintegrowane, rozproszone i niespójne świadczenia. System ten nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego. Brak jest powszechności, odpowiedniej jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania złożonych potrzeb osób starszych. Problemem jest również brak

koordynacji opieki wysokospecjalistycznej. Lekarze rodzinni nie są przygotowani do opieki geriatrycznej, co jest przyczyną nieskuteczności leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia u dużej części chorych w starszym wieku. Z kolei kwalifikowanie chorych do procedur wysokospecjalistycznych bez pełnej geriatrycznej analizy przeciwwskazań jest ważną przyczyną nieskuteczności leczenia lub działań niepożądanych u dużej części chorych w starszym wieku. Rodzina, na której w głównej mierze, spoczywa ciężar opieki nad niedołącznymi i poważnie chorymi osobami starszymi, nie jest wspierana odpowiednimi usługami medycznymi i pozamedycznymi.<sup>21</sup>

Istnieje zatem potrzeba tworzenia wyspecjalizowanych placówek, ukierunkowanych na wsparcie osób starszych. Placówki takie powinny jednak odpowiadać realnym potrzebom pacjentów i ich opiekunów. Wg badań przeprowadzonych we wszystkich krajach Unii Europejskiej, aż 59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci mogącym zapewnić im opiekę. Jest to najwyższy wynik wśród wszystkich krajów UE (średnia wynosi 30%). Dla porównania, w Szwecji oraz Holandii takiej odpowiedzi udzieliło jedynie 4% badanych, a w Danii i Finlandii 7% badanych. Respondenci w tych krajach wskazywali, że zarówno publiczni, jak i prywatni dostawcy usług powinni przychodzić do domów osób starszych i świadczyć odpowiednią pomoc i opiekę, podczas gdy w Polsce tego zdania jest zaledwie 7% badanych i jest to najniższy wynik wśród wszystkich krajów UE (średnia wynosi 27%). Uzasadnieniem ww. sytuacji może być dotychczas słabo rozwiniętym systemie opieki domowej i dziennej nad osobami starszymi, co sprawia, że Polacy nie mają wiedzy na temat skuteczności tego typu rozwiązań. Co więcej, jedynie 3% Polaków uważa, że osoby starsze powinny zamieszkać w domu opieki, co plasuje nasz kraj znów na ostatnim miejscu w UE (średnia wynosi 10%).<sup>22</sup> Powyższe dane są zgodne z osobistymi preferencjami Polaków dotyczącymi planowania swojego życia na stare lata, kiedy będą wymagali pomocy. Wg. badań 64% osób chce mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Kolejne 15% preferuje zamieszkać razem z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną. 8% badanych chce mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną opłaconą przez siebie stałą pomoc osób zajmujących się opieką. Pozostałe odpowiedzi osiągnęły po 2–3%.<sup>23</sup> Dane te jednoznacznie wskazują, że zamieszkanie w instytucji całodobowej nie jest uznawane za rozwiązanie oczekiwane. Większość badanych chciałaby uniknąć takiego rozwiązania zarówno dla siebie, jak i najbliższych, angażując się tym samym w opiekę nad starszymi członkami rodziny.

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

---

<sup>21</sup> *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Załącznik do uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r.*

<sup>22</sup> *Health and long-term care in the European Union*, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion\\_archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion_archives/ebs/ebs_283_en.pdf),

<sup>23</sup> *Centrum Badania Opinii Społecznej, Polacy wobec własnej starości, Warszawa 2012*

<sup>24</sup> *Raław M., red. Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2011*

chorych i niepełnosprawnych. System opieki jest więc nieefektywny zarówno pod względem ekonomicznym, jak i wyników zdrowotnych.<sup>25</sup>

Niekorzystnie wygląda również relacja pomiędzy liczbą osób zamieszkujących w domach pomocy społecznej, a liczbą osób korzystających z usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania. Przeważają mieszkańcy DPS, których liczba w 2013 roku w skali całego województwa wynosiła 8 177 osób. Natomiast klientami usług opiekuńczych było zaledwie 6 594 osób. Dodając do tych danych liczbę seniorów objętych innymi formami opieki całodobowej np. w zakładach opiekuńczo-leczniczych dysproporcja ta staje się jeszcze bardziej niekorzystna.<sup>26</sup>

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

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

Realizacja Programu jest potrzebna i uzasadniona, nie tylko z uwagi na fakt, iż brak jest gwarantowanych świadczeń zdrowotnych dla osób niesamodzielnych wymagających opieki, ze skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) pomiędzy 40-65 pkt, ale również z uwagi na zachodzące zmiany demograficzne związane z przyrostem liczby osób starszych, które z wiekiem stają się coraz bardziej zależne od innych i wymagają opieki. Dodatkowo, sporządzone raporty z realizacji Programu we wcześniejszych latach, jednoznacznie rekomendują dalsze funkcjonowanie Dziennego Domu Opieki Medycznej w Krakowie w niezmienionej formie, przy zachowaniu wypracowanego w Programie sposobu realizacji świadczeń. Wg raportów, DDOM jest skuteczną i efektywną formą wsparcia dla osób niesamodzielnych, szczególnie w obliczu niewystarczającego potencjału opiekuńczego. Program stanowi niezbędne uzupełnienie opieki instytucjonalnej i zapewnia wsparcie tym pacjentom, którzy nie kwalifikują się do pobytu szpitalnego, a samo ambulatoryjne leczenie specjalistyczne jest również dla nich niewystarczające. Ponadto, DDOM pełni niezwykle ważną rolę w deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych, zapewniając wsparcie rodzinom i opiekunom osób niesamodzielnych poprzez edukację i rozwój kompetencji społecznych w zakresie opieki nad podopiecznymi.

---

<sup>25</sup> SREBRNA GOSPODARKA szansą dla Małopolski, Departament Polityki Regionalnej UMWM, Kraków 2015

<sup>26</sup> Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Krakowie, Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej, Ocena zasobów pomocy społecznej województwa małopolskiego za rok 2013, Kraków 2014



## II. Cele programu

### 1. Cel główny

Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi na terenie Miasta Krakowa, poprzez realizację rozwiązań zapewniających w okresie realizacji programu opiekę min. 50 osobom niesamodzielnym, zwłaszcza po 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej i ambulatoryjnej opieki, a jednocześnie nie wymaga opieki całodobowej oraz zachowanie sprawności psychofizycznej u 50% osób niesamodzielnym biorących udział w programie w 2024 roku.

### 2. Cele szczegółowe

- w 2024 roku zwiększenie u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie sprawności psychofizycznej w rezultacie udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- w 2024 roku zwiększenie u co najmniej 50% liczby osób biorących udział w programie sprawności psychofizycznej w rezultacie udzielanych świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych oraz usług wspomagających,
- w 2024 roku zwiększenie o co najmniej 50 liczby osób, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa,
- w 2024 roku zwiększenie o co najmniej 38 liczby osób pow. 65 roku życia, które uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa,
- w 2024 roku zachowanie samodzielności przez co najmniej 25 pacjentów dziennego domu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.

### 3. Oczekiwane efekty

- zwiększenie dostępności do dziennej opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa,
- stworzenie dodatkowych miejsc opieki nad osobami niesamodzielnymi na terenie Miasta Krakowa,
- zwiększenie efektywności systemu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa na skutek odchodzenia od opieki instytucjonalnej nad pacjentem na rzecz opieki w domu, poprzez zastosowanie indywidualnych planów wsparcia,
- zwiększenie skuteczności i kompleksowości opieki medycznej nad osobami starszymi na terenie Miasta Krakowa poprzez zastosowanie w procesie diagnostycznym całościowych ocen geriatrycznych,
- rozwój nowych form dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi,
- rozwój sektora usług medycznych świadczonych w warunkach zbliżonych do domowych,
- wzrost efektywności systemu opieki zdrowotnej, poprzez poprawę organizacji opieki nad osobami starszymi na terenie Miasta Krakowa,
- poprawa jakości zarządzania finansowego w ochronie zdrowia poprzez wdrożenie efektywnych kosztowo rozwiązań w zakresie medycznej opieki pozaszpitalnej,
- zapewnienie ciągłości opieki nad osobami niesamodzielnymi na terenie Miasta Krakowa (wypełnienie luki w obszarze usług opiekuńczych),
- zwiększenie poziomu bezpieczeństwa oraz usprawnienie procesu powrotu do zdrowia osób kończących leczenie szpitalne,

- zmniejszenie liczby i czasu trwania nieuzasadnionych medycznie hospitalizacji wśród osób niesamodzielnych,
- odraczanie w czasie konieczności opieki instytucjonalnej,
- poprawa stanu zdrowia osób niesamodzielnych,
- wzrost satysfakcji osób niesamodzielnych i ich opiekunów z usług opiekuńczych,
- wsparcie i odciążenie rodzin oraz opiekunów nieformalnych,
- poprawa współpracy interdyscyplinarnej i jakości opieki na osobami starszymi na terenie Miasta Krakowa w aspekcie zapewnienia kompleksowości opieki (w zakresie postępowania medycznego, żywieniowego, rehabilitacyjnego i opieki psychologicznej).

#### 4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

NAZWA MIERNIKA	WARTOŚĆ DOCELOWA
Odsetek osób korzystających z dziennych domów opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa, u których odnotowano zachowanie sprawności psychofizycznej w rezultacie udziału w projekcie.	50 %
Odsetek osób biorących udział w programie, które zachowały sprawność psychofizyczną w rezultacie udzielanych świadczeń zdrowotnych.	50 %
Odsetek osób biorących udział w programie, które zachowały sprawność psychofizyczną w rezultacie udzielanych świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych oraz usług wspomagających.	50 %
Liczba osób które w wyniku realizacji projektu uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	50
Liczba osób pow. 65 r. ż. które w wyniku realizacji projektu uzyskały dostęp do wysokiej jakości opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	38
Liczba pacjentów dziennego domu opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa, u których poziom samodzielności (mierzony skalą Barthel) nie uległ pogorszeniu.	25
Liczba utworzonych dziennych domów opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	1
Liczba miejsc opieki stworzonych w dziennych domach opieki medycznej na terenie Miasta Krakowa.	12
Liczba opracowanych indywidualnych planów wsparcia u pacjentów dziennego domu opieki medycznej.	50
Liczba przeprowadzonych całościowych ocen geriatrycznych u pacjentów dziennego domu opieki medycznej.	38

### III. Adresaci Programu (populacja programu)

#### 1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

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

Wg prognoz przedstawionych w pkt. 1.3 niniejszego programu wielkość populacji docelowej programu wyniesie około 130 000 osób. Z uwagi na założenia programu, w szczególności ograniczoną liczbę miejsc opieki, szacuje się że **do programu włączone zostanie minimum 50 osób**. Przy ustalaniu ww. poziomu wzięto pod uwagę szacowany czas pobytu pacjenta w dziennym domu opieki medycznej, który wynosić będzie średnio 60 dni (nie mniej niż 30, nie więcej niż 90 dni). Powyższe szacunki opierają się również na danych z realizacji Programu w latach 2018-2023.

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

## **2. Tryb zapraszania do Programu**

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

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

## **IV. Organizacja programu**

### **1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne**

- 1) Opracowanie projektu programu.
- 2) Zlecenie realizacji programu polityki zdrowotnej w oparciu o przepisy ustawy o działalności leczniczej lub ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Kampania informacyjna – promocyjna programu.
- 4) Działania organizacyjne (krótkoterminowe):
  - a. zatrudnienie niezbędnego personelu,
  - b. opracowanie dokumentacji programu – regulaminy, formularze zgłoszeń etc.
  - c. zakup niezbędnych usług (m.in. wyżywienie, transport etc.)
- 5) Rekrutacja do programu, zgodnie z ustalonymi kryteriami.
- 6) Realizacja programu – udzielanie świadczeń zdrowotnych:
  - a. kwalifikacja pacjentów do pobytu w dziennym domu opieki medycznej,
  - b. pobyt pacjentów wraz z zapewnieniem wymaganej opieki medycznej, terapii, wyżywienia oraz w uzasadnionych przypadkach również zwrot kosztów transportu,
  - c. cykliczna weryfikacja stanu zdrowia pacjentów,
  - d. działania edukacyjne.
- 7) Działania organizacyjne (długoterminowe):
  - a. zarządzanie dziennym domem opieki medycznej,
  - b. monitorowanie programu.
- 8) Zakończenie programu, podsumowanie i ewaluacja.

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

## 2. Planowane interwencje

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

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

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

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

Celem dokonania oceny sprawności funkcjonalnej przeprowadza się:

a. w przypadku pacjentów poniżej 65 r. ż.:

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

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

- ocenę czynnościową – możliwości wykonywania złożonych czynności życia codziennego (Instrumental Activities Daily Living, IADL - skala Lawtona) - badanie powinno być wykonane przez pielęgniarkę lub terapeutę zajęciowego po przyjęciu i przed wypisaniem,
- ocenę fizyczną:

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

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

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

- **lekarz specjalista** - zapewnienie konsultacji po przyjęciu i przed wypisaniem pacjenta oraz w razie potrzeby,
- **pielęgniarka pełniąca funkcję kierownika zespołu terapeutycznego** sprawującego opiekę nad pacjentem, współpracująca z pozostałymi członkami zespołu - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 2 godziny dziennie,
- **pielęgniarka** - sprawującego opiekę nad pacjentem,
- **fizjoterapeuta** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 4 godziny dziennie,
- **opiekun medyczny** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta,
- **terapeuta zajęciowy** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo,
- **psycholog lub psychoterapeuta** – udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta, jednak nie mniej niż 10 godzin tygodniowo,
- **dietetyk** - z chwilą przyjęcia pacjenta do domu opieki medycznej opracuje jadłospis, ściśle współpracując z lekarzami zlecającymi indywidualne diety dla pacjentów, udziela pacjentom i ich rodzinom porad w zakresie żywienia,
- **logopeda lub afazjolog** - udziela świadczeń w zależności od potrzeb pacjenta.

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

### **3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

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

- a) **bezpośrednio po przebytej hospitalizacji**, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarskiej, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających postępującej niesamodzielności oraz wsparcia

i edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby niesamodzielnej

albo

- b) pacjenci, którym **w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego**
- oraz
- c) wymagający, ze względu na stan zdrowia, świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagających hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy **w ocenie skalą poziomą samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40-65 punktów.**

Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte wyłącznie **osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

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

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

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

#### **4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

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

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

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

Sposób udzielania świadczeń w dziennym domu opieki medycznej:

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

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

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

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

## **6. Spójność merytoryczna i organizacyjna**

Nie dotyczy.

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

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

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

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

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

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

## **8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Program polityki zdrowotnej będzie realizowany przez podmiot leczniczy. Świadczenia zdrowotne będą realizowane zgodnie z aktami prawnymi z zakresu ochrony zdrowia obejmującymi przede wszystkim:

- ustawę o działalności leczniczej,
- ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry,
- ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej,
- ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- ustawę o ochronie zdrowia psychicznego,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- ustawę o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów,



- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
- ustawę Prawo farmaceutyczne.

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

## **9. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu**

**Wymagania dotyczące realizatora programu:** podmiotami uprawnionymi do realizacji programu będą podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą<sup>27</sup>.

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

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

- **Lekarz specjalista:** wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu, specjalizacja z dziedziny chorób wewnętrznych lub geriatry lub rehabilitacji medycznej.
- **Pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego:** magister pielęgniarstwa lub pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub w trakcie odbywania specjalizacji: w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w tych dziedzinach. Wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu.
- **Pielęgniarka:** wymagane aktualne prawo wykonywania zawodu.
- **Fizjoterapeuta:** wymagane wykształcenie kierunkowe - mgr fizjoterapii, technik fizjoterapii.
- **Opiekun medyczny** - wymagane:
  - kwalifikacje do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy, AON, pielęgniarz, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny, opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończone szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej, lub
  - doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego i odbyte minimum 80-godzinne szkolenie z zakresu realizowanej usługi.
- **Terapeuta zajęciowy** – wymagane uprawnienia do prowadzenia terapii zajęciowej.

<sup>27</sup> W rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

- **Psycholog lub psychoterapeuta** – wymagane wykształcenie kierunkowe – mgr na kierunku psychologia lub w przypadku psychoterapeuty spełnienie kwalifikacji określonych w stosownych przepisach.
- **Dietetyk** - wymagane wykształcenie kierunkowe – tytuł magistra lub licencjata lub tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk,
- **Logopeda lub afazjolog** – wymagane wykształcenie kierunkowe jako logopeda lub doświadczenie w pracy jako afazjolog.

**Wymagania dotyczące infrastruktury dziennego domu opieki:** pomieszczenia muszą być dostosowane dla osób niesamodzielnych i starszych. Wymagane będzie spełnianie warunków określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

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

- szatnia,
- toalety dla pacjentów - odrębne dla kobiet, mężczyzn oraz personelu,
- łazienka z umywalką, prysznicem i krzesłem wraz z uchwytami oraz wydzielonym pomieszczeniem na środki przeznaczone do pielęgnacji i higieny,
- dyżurka lekarska i pielęgniarska oraz gabinet pracy psychologa z pełnym wyposażeniem,
- pomieszczenie wyposażone w sprzęt do terapii zajęciowej,
- pomieszczenie lub miejsce na sprzęt medyczny i bieliznę pościelową,
- pomieszczenie ze stołami i krzesłami, służące jako miejsce spotkań i jadalnia, pomieszczenie kuchenne lub aneks kuchenny wyposażony w sprzęt, urządzenia i naczynia do przygotowania i spożywania posiłku, pomieszczenie z zestawem wypoczynkowym i sprzętem audiowizualnym (może być wspólne z terapią zajęciową oraz jadalnią),
- pomieszczenia do rehabilitacji leczniczej wyposażone co najmniej w następujący sprzęt do:
  - kinezyterapii (piłki, laski do ćwiczeń, drabinki, materace, rotor do ćwiczeń kończyn górnych, rotor do ćwiczeń kończyn dolnych, stół rehabilitacyjny, UGUL),
  - krioterapii miejscowej,
  - masażu (stół do masażu),
  - elektrolecznictwa,
  - światłolecznictwa,
  - leczenia polem elektromagnetycznym.
- pomieszczenie dla chorych częściowo leżących z co najmniej 2 łóżkami na 10-15 uczestników programu, szafką przyłóżkową oraz umywalką w pomieszczeniu,
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy.

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

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

## **10. Dowody skuteczności planowanych działań**

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

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

## **V. Koszty**

### **1. Koszty jednostkowe**

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

Oszacowano, iż **dzienny koszt pobytu** jednego pacjenta w dziennym domu opieki medycznej wynosi 293,42 zł, co w przeliczeniu na dni robocze wyniesie 428,40 zł. Kwota ta pozwala zapewnić pacjentowi opiekę lekarską, pielęgnarską, fizjoterapię, terapię zajęciową, świadczenia opiekuna medycznego, opiekę psychologa, logopedy i dietetyka. W kwocie tej skalkulowane jest również całonienne wyżywienie i koszt transportu pacjenta, a także koszty ogólne związane z bieżącą działalnością dziennego domu opieki medycznej (np. leki, opatrunki, jednorazowy sprzęt medyczny itp.). Szczegółowe założenia budżetowe przedstawiono poniżej:

**KOSZTY WYNAGRODZEŃ****Założenia:**

- Poziom wynagrodzeń ustalony został w oparciu o zapisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
- Zapotrzebowanie na personel oszacowane zostało w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie 10-12 osób).

STANOWISKO	ETAT	WYNAGRODZENIE MIESIĘCZNE [PLN /m-c]
lekarz specjalista chorób wewnętrznych lub geriatryi	0,25	3 568,21
lekarz specjalista rehabilitacji medycznej	0,25	3 748,24
pielęgniarka - kierownik zespołu terapeutycznego	1	11 151,38
pielęgniarka	1	5 243,41
fizjoterapeuta	3	26 193,29
opiekun medyczny	2	15 720,49
terapeuta zajęciowy	2	15 399,06
psycholog lub psychoterapeuta	0,25	2 135,61
dietetyk	0,20	1 951,73
logopeda lub afazjolog	0,20	1 956,58
	<b>RAZEM</b>	<b>87 068,00</b>

**KOSZT WYŻYWIENIA****Założenia:**

- Wyżywienie jednego pacjenta obejmuje: śniadanie, napoje i dwudaniowy obiad (zupa, drugie danie oraz napój).
- Koszt wyżywienia dziennego dla 1 pacjenta oszacowano na kwotę 30,00 zł.
- Zapotrzebowanie na wyżywienie oszacowane zostało w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie 10-12 osób, które przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez ok. 21 dni roboczych w miesiącu).

STAWKA	LICZBA OSOBODNI W MIESIĄCU	KOSZT CAŁKOWITY [PLN]
30,00	12 os. x 21 dni = 252	7 560,00

**KOSZT TRANSPORTU****Założenia:**

- Koszt ten obejmuje zwrot kosztów przejazdu publicznymi środkami transportu na terenie miasta Krakowa.
- Koszt dziennego transportu dla 1 pacjenta oszacowano na kwotę 8,00 zł (2 bilety x 4,00 zł).
- Zapotrzebowanie na transport oszacowano w oparciu o założenia programu dot. liczby pacjentów dziennego domu opieki medycznej (jednorazowo opieką objętych będzie 10-12 osób, które przebywać będą w dziennym domu opieki medycznej przez ok. 21 dni roboczych w miesiącu, z czego ok. 4 pacjentów będzie korzystać ze zwrotu kosztów transportu).

STAWKA	LICZBA OSOBODNI W MIESIĄCU	KOSZT CAŁKOWITY [PLN]
8,00	4os. x 21 dni = 84	672,00

<b>KOSZTY OGÓLNE</b>	
Założenia:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Koszt ten obejmuje koszty ogólne działalności dziennego domu opieki medycznej, w tym w szczególności: media, podatki, usługi wywozu/utylizacji odpadów, przeglądy, remonty, konserwacje budynków i sprzętów, usługi obce, itp., materiały medyczne/ farmaceutyczne (leki, opatrunki, odczynniki chemiczne, odzież ochronna, środki dezynfekcyjne, pozostałe), materiały gospodarcze, sprzęt jednorazowy, wyposażenie, środki czystości, materiały biurowe i pozostałe.</li> <li>➤ Dane oszacowane na podstawie informacji przekazanej przez podmiot realizujący dotychczas program.</li> </ul>	
<b>KATEGORIA</b>	<b>KOSZT MIESIĘCZNY [PLN /m-c]</b>
<b>KOSZTY OGÓLNE</b>	<b>11 800,00</b>

Podsumowując miesięczne koszty działalności dziennego domu opieki medycznej wyniosą:

<b>KATEGORIA</b>	<b>KOSZT [PLN /m-c]</b>
<b>KOSZTY WYNAGRODZEŃ</b>	<b>87 068,00</b>
<b>KOSZT WYŻYWIENIA</b>	<b>7 560,00</b>
<b>KOSZT TRANSPORTU</b>	<b>672,00</b>
<b>KOSZTY OGÓLNE</b>	<b>11 800,00</b>
<b><u>RAZEM</u></b>	<b><u>107 100,00</u></b>

<b>Stawka za osobodzień:</b>	<b>428,40</b>
<b>KOSZT JEDNOSTKOWY [stawka x 60 dni roboczych]</b>	<b>25 704,00</b>

## 2. Planowane koszty całkowite

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

<b>KOSZ JEDNOSTKOWY</b>	<b>LICZEBNOŚĆ POPULACJI DOCELOWEJ</b>	<b>KOSZT CAŁKOWITY PROGRAMU</b>
25 704,00 PLN	50 osób	<b>1 285 200,00 PLN</b>

## 3. Źródła finansowania, partnerstwo

Jednostką odpowiedzialną za finansowanie programu polityki zdrowotnej będzie **Gmina Miejska Kraków** oraz ewentualnie Narodowy Fundusz Zdrowia.

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

Przesłankami przemawiającymi za wyborem niniejszego programu polityki zdrowotnej do realizacji są:

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

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

W oparciu o dane przekazane przez Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekłe Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie, średni koszt jednego osobodnia na oddziale ogólnym w zakładzie opiekuńczo – leczniczym, zapewniającym stacjonarną opiekę całodobową pacjentom wymagającym opieki długoterminowej wynosi ok. 290 zł (realny koszt całkowity). Z kolei koszt jednego osobodnia w dziennym domu opieki medycznej oszacowano na 428,40 zł, przy czym koszt ten obliczony został wyłącznie dla dni roboczych i w przeliczeniu na dni kalendarzowe wynosi 293,42 zł. Co więcej koszt ten uwzględnia koszt wyżywienia, transportu oraz kosztów ogólnej działalności, które nie są kalkulowane w koszcie pobytu w placówce stacjonarnej. Należy zauważyć również, że zgodnie z art. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Zgodnie z wytycznymi ustawowymi wysokość opłaty ustala się w wysokości: 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu. **Jak wynika z powyższych danych koszt pobytu w dziennym domu opieki medycznej jest zbliżony do kosztu opieki nad pacjentem w systemie stacjonarnym całodobowym.** Niestety w chwili obecnej ze względu na brak rozwiązań systemowych zdarza się, że opieką stacjonarną obejmowane są osoby, które mogłyby zostać skierowane do placówki dziennej opieki m.in. poprzez wydłużenie czasu trwania opieki stacjonarnej.

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

## VI. Monitorowanie i ewaluacja

### 1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu oceniana będzie na podstawie rejestru pacjentów dziennego domu opieki medycznej, zawierającego dane o liczbie osób które zgłosiły się do programu oraz które program ukończyły. Ocena zawierać będzie analizę osób objętych programem zdrowotnym (docelowo: 50 os.) w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu. Każdorazowo wskazywane będą powody, dla których świadczenia u niektórych osób nie zostały zrealizowane (aspekty zdrowotne, aspekty etyczne etc.). **Wskaźnikami** określającym poziom zgłaszalności będą zatem:

- odsetek osób które zgłosiły się do programu, w grupie docelowej (50 os.)
- odsetek osób które zgłosiły się do programu, w populacji docelowej (130 000 os.)

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

## 2. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości udzielanych świadczeń będzie uwzględniać:

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

## 3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności udzielanych świadczeń będzie uwzględniać:

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

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

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

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

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

**EWALUACJA** - rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu. Obejmować będzie w szczególności analizę danych dotyczących efektywności programu, dlatego też przeprowadzona będzie w dłuższej

perspektywie czasowej tj. po zakończeniu 12- miesięcznego okresu realizacji. Ewaluacja zakończona będzie raportem końcowym. Będzie on zawierać również elementy niezbędne do całościowej oceny programu, w tym m.in. m.in: skrócony opis prowadzonych działań, oceniane wskaźniki, sposób zbierania danych, sposób analizy, osoby odpowiedzialne za proces, analizowany okres.

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

#### **4. Ocena trwałości efektów programu**

Trwałość programu zapewniona zostanie poprzez:

- **planowanie strategiczne**, które prowadzi program w kierunku zakładanych celów. W okresie trwałości planuje się realizację zadań, które przyczynią się do utrzymania osiągniętych efektów, w tym w szczególności działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do pacjentów i opiekunów, które pozwolą na kontynuację opieki nad pacjentem w środowisku domowym, co korzystnie wpłynie na stan zdrowia tych osób. Realizacja zaleceń wydanych przez personel dziennego domu opieki medycznej pozwoli pacjentom dłużej utrzymać sprawność fizyczną i psychiczną. Wiele z rozpoczętych terapii pacjenci i opiekunowie będą w stanie kontynuować samodzielnie w domu.
- **potencjał organizacyjny** - Gmina Miejska Kraków posiada odpowiedni potencjał oraz zasoby do efektywnego zarządzania programem. Na terenie Miasta Kraków funkcjonują jednostki ochrony zdrowia, które z powodzeniem mogą realizować niniejszy program, posiadają bowiem niezbędne zasoby lokalowe, ludzkie i organizacyjne, a niekiedy również doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć.
- **wsparcie polityczne/środowiskowe** – Gmina Miejska Kraków, jako jednostka samorządu terytorialnego jest umocowana na podstawie art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programu polityki zdrowotnej. Gmina aktywnie wspiera wszelkie inicjatywy związane ze wsparciem osób starszych i niesamodzielnych. W 2013 r. Kraków podpisał Deklarację Dublińską, która zachęca miasta do budowania przestrzeni przyjaznej ludziom starszym. Kraków przystąpił także do Przymierza Miast Przyjaznych Osobom Starszym. W 2014 r. powstała Rada Krakowskich Seniorów – 25-osobowe gremium o charakterze inicjatywnym, doradczym i konsultacyjnym wobec organów Gminy Miejskiej Kraków. W dniu 27 stycznia 2021 r. Rada Miasta Krakowa przyjęła Program Aktywności Społecznej i Integracji Osób Starszych na lata 2021–2025 (PASIOS). W ramach programu poprzez Centra Aktywności Seniorów, czyli miejsca integracji oraz aktywizacji społecznej i prozdrowotnej osób starszych – mieszkańców Krakowa w wieku 60+, planuje się podniesienie poziomu aktywności społecznej seniorów. Ponadto, przedmiotowy program polityki zdrowotnej wpisuje się w Strategię Rozwoju Krakowa. Tu chcę żyć. Kraków 2030.
- **stabilność finansowa** – zapewniona zostanie przez finansowanie programu z budżetu Gminy Miejskiej Kraków. Środki na realizację programu zapewnione zostaną w budżecie miasta.
- **ewaluacja i adaptacja programu** – zaplanowany system bieżącego i okresowego monitoringu zapewni efektywność realizacji programu, umożliwiając natychmiastową reakcję na pojawiające się zmiany w otoczeniu programu.

Zaplanowane w ramach programu działania będą skutkować efektami zdrowotnymi w postaci poprawy stanu zdrowia i samodzielności pacjentów dziennego domu opieki medycznej. Czas trwania programu (12 miesięcy) zaplanowano mając na uwadze uzyskanie efektów jego realizacji. Ze względu na specyfikę



grupy docelowej, która charakteryzuje się wysoką zachorowalnością na choroby przewlekłe oraz współistnieniem wielu chorób, a także naturalnym starzeniem się organizmu, nie jest możliwe określenie czasu przez jaki utrzymywać się będą efekty zdrowotne programu. Te bowiem będą każdorazowo uzależnione od indywidualnych cech pacjenta.

Aktualnie, brak jest możliwości wyłączenia z realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Gminie Miejskiej Kraków”, co najmniej do czasu wprowadzenia świadczeń zdrowotnych oferowanych w ramach DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub do czasu powstania Dziennych Ośrodków Opieki Geriatrycznej w ramach Centrów Zdrowia 75+, które mają docelowo powstać na podstawie ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej.

## CZYNNOŚCI REALIZOWANE NA RZECZ PACJENTÓW

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

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

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

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

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