



GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 15.01.07
nr. 381 podpis

BPS

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2007-01-11

MZ-UZ-ZR-71-7272-4/SK/07

SEKRETARIAZ
Biura Prac Sejmickich
wpłynęło dn. 16.01.07
nr. 584 podpis

16.01.07

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Narowny Panie Marszałku

Działając z upoważnienia Prezesa Rady Ministrów, uprzejmie proszę o przyjęcie wyjaśnień w odpowiedzi na oświadczenie Pana Senatora Lesława Podkańskiego, złożone podczas 21 posiedzenia Senatu w dniu 9 listopada 2006 roku, dotyczące „organizacji opieki całodobowej nad osobami starszymi i przewlekle chorymi oraz niepełnosprawnymi, które wymagają opieki w systemie instytucjonalnym”.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.) oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy. Szczegółowe zasady kontraktowania i rozliczania tych świadczeń zostały określone w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Odnosząc się do kwestii świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uprzejmie informuję, że Fundusz finansuje świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa dla przewlekle chorych wymagających opieki medycznej, które udzielane są przez podmioty spełniające wymogi wynikające z przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.). Po spełnieniu przez świadczeniodawców wymagań ustawowych oraz wymagań określonych w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa”- zarządzenie Nr 89/2006 z dnia 19 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa realizowane są w:

- 1) oddziałach dla przewlekle chorych;
- 2) zakładach pielęgnacyjno - opiekuńczych i zakładach opiekuńczo – leczniczych, także dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym i/lub wentylowanych mechanicznie;
- 3) warunkach domowych (pielęgniarska opieka długoterminowa, domowa opieka nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie).

Opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do opieki długoterminowej nie mogą trafiać osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna.

Zadaniem zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego jest okresowe, a w przypadku zakładu opiekuńczo-leczniczego okresowe lub stałe, objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym są niezdolne do samoopieki oraz wymagają kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia okresowej intensywnej opieki pielęgniarskiej.

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy zawartej z zakładem opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno – opiekuńczym pokrywa koszty udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Głównym kryterium, przyjętym przy kwalifikacji osób do zakładów udzielających świadczeń opieki długoterminowej, jest stan zdrowia pacjenta.

Odnosząc się natomiast do zakresu zadań domów pomocy społecznej, uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 64, poz.593 z późn. zm.), są one jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, które mają na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Art. 36 ww. ustawy stanowi, że pobyt i usługi w domu pomocy społecznej zalicza się do niepieniężnych świadczeń z pomocy społecznej. Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować

w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Natomiast, jeżeli osoba wymaga wzmożonej opieki medycznej kierowana jest przez starostę do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej (art. 54 ww. ustawy). Mając na uwadze powyższe, nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że mieszkańcy domów pomocy społecznej wymagają tego samego rodzaju usług, co świadczeniobiorcy ww. jednostek zakładów opieki zdrowotnej. Wydaje się również, iż zróżnicowany status ww. zakładów i domów pomocy społecznej został wprowadzony przez ustawodawcę celowo.

Jednocześnie należy zauważyć, iż mieszkańcy domów pomocy społecznej mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych. Kompleksowa opieka medyczna nad tą kategorią chorych oraz jej koordynacja sprawowana powinna być przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Mieszkańcom domów pomocy społecznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami, przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto należy zaznaczyć, iż zgodnie z zarządzeniem Nr 102/2006 z dnia 9 listopada 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia *"Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna"*, dla wskazanej grupy świadczeniobiorców - podopiecznych domów pomocy społecznej, kapitałowa stawka roczna w zakresie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej korygowana jest najwyższym współczynnikiem, który wynosi aż 2,5.

Dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje jego mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie odrębnych przepisów. Pokrywa również opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny określonej między innymi dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, przewidziane w przepisach ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Może on także pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (art. 58 ust.4 ustawy *o pomocy społecznej*).

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Wymagany w domach pomocy społecznej standard usług określa rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r.

w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837). Standardem objęte są usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie - również potrzeby edukacyjne. Standard zróżnicowany jest w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej ilości pracowników socjalnych, zapewnienie kontaktu z psychologiem, a w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych również z psychiatrą, oraz odpowiedni wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno - opiekuńczego.

Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie i osób niepełnosprawnych fizycznie. W zależności od potrzeb osób w nim zamieszkujących dyrektor domu ma prawo zatrudnić do pracy w zespole terapeutyczno – opiekuńczym pielęgniarki, które posiadają wymagane kwalifikacje i są zobowiązane do udzielania świadczeń, o których jest mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr. 57 poz. 602).

Jednocześnie odnosząc się do kwestii dostępu mieszkańców domów pomocy społecznej do świadczeń finansowanych przez Fundusz, uprzejmie informuję, że Fundusz kontraktuje realizację świadczeń dla pacjentów przewlekle chorych, niezależnie od miejsca pobytu świadczeniobiorcy. Dostęp do świadczeń dla tej kategorii chorych możliwy jest w ramach różnych rodzajów świadczeń kontraktowanych przez Fundusz, na zasadach dotyczących wszystkich ubezpieczonych.

Ponadto informuję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia z zakresu pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej, w ramach rodzaju opieka długoterminowa. Jest to świadczenie zdrowotne, które zgodnie z obowiązującymi przepisami, może być oferowane osobom przewlekle chorym i niepełnosprawnym mieszkającym w domach pomocy społecznej. Do tej formy opieki kwalifikują się osoby w każdym wieku i z każdą jednostką chorobową, przewlekle chore, unieruchomione z powodu urazu lub choroby, które są niesamodzielne w znacznym stopniu i wymagają systematycznych świadczeń pielęgniarstwa, związanych z procesem leczenia, takich jak opatrunki, kroplówki, zabezpieczenia stomii, cewnikowania.

Mając na uwadze zawarte w piśmie Pana Senatora pytania dotyczące kwestii podjęcia działań mających na celu poprawę dostępu mieszkańców domów pomocy społecznej do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, uprzejmie informuję, iż w dniu 4 czerwca 2006 roku weszła w życie nowelizacja ustawy

o zakładach opieki zdrowotnej, która w art. 2 ust. 2a wprowadziła przepis stanowiący, iż w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo - wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Przepis ten stwarza możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na terenie domu pomocy społecznej, jednak praktyczne wykorzystanie tej możliwości wymaga współdziałania ze strony zakładu opieki zdrowotnej, jak i domu pomocy społecznej.

Ponadto informuję, że Ministerstwo Zdrowia dostrzegając problemy osób, które z powodu swojego stanu zdrowia, nie mogą samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagają opieki osób innych, podjął działania zmierzające do wzmocnienia istniejących i tworzenia nowych formalnych i nieformalnych struktur działających na rzecz pomocy osobom niesamodzielnym i zmierza do podjęcia inicjatywy ustawodawczej. W tym celu został powołany Zespół do spraw opracowania założeń do ustawy pielęgnacyjnej. W pracach tego Zespołu uczestniczy także dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Obecność przedstawiciela resortu zabezpieczenia społecznego w pracach zespołu powinna przyczynić się do wypracowania rozwiązań mających na celu poprawę opieki nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej. Wspólnym dla zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej i domów pomocy społecznej zakresem świadczeń jest podstawowa pielęgnacja (pomoc w spożywaniu posiłków, utrzymaniu higieny ciała i poruszaniu się), świadczona w związku z niesamodzielną osobą objętej opieką. Właśnie tego wspólnego zakresu świadczeń dotyczą prace Zespołu do spraw opracowania założeń projektu ustawy pielęgnacyjnej.

Odnosząc się do kwestii zawartej w piśmie Pana Senatora wskazującej, że *„...w zakładach leczniczych pacjenci leżą na dostawkach, podczas gdy w domach pomocy społecznej wolnych jest w skali kraju (...) ponad dwa tysiące miejsc...”*, uprzejmie informuję, iż wskazana sytuacja w głównej mierze wynika ze zmiany zasad finansowania pobytu pensjonariuszy w domach pomocy społecznej, a także ograniczonych możliwości finansowania gmin, które są również zobowiązane dofinansowywać pobyt ich mieszkańców w domach pomocy społecznej.

Reasumując, należy stwierdzić, że istnieje obiektywna potrzeba czytelnego określenia koncepcji i standardów w opiece długoterminowej. Jest to warunek powstania systemu i koordynacji świadczeń w obu działach administracji rządowej: zabezpieczenia społecznego

i zdrowia. Praktyka dowodzi, że w odpowiednich warunkach domowych (także domach pomocy społecznej) można pielęgnować niemal wszystkie osoby przewlekle chore i niepełnosprawne. W związku z tym, należy dążyć do optymalizacji norm zatrudnienia oraz kwalifikacji opiekunów, opiekunek i terapeutów, co znacznie podniesie jakość opieki i bezpieczeństwo mieszkańców domów pomocy społecznej.

Mieszkańcy tych domów powinni mieć zapewniony pełny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich obywateli Rzeczypospolitej Polskiej, między innymi poprzez stworzenie warunków zachęcających pielęgniarce zatrudnione dotychczas w domach pomocy społecznej, bądź inne podmioty do tworzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i realizacji świadczeń pielęgniarstwa na rzecz mieszkańców w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z opisu modelu

[Signature]
Z WYDZIAŁU
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Bolesław Pięcha