



J. Krawiec W. Górcz
SEKRETARIAT
Marsa Prac Senackich
wpłynęło dn. 18.05.2010
nr 3631 podpis. *JK*

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 -05- 0 0

MZ-ZP-Z-070-17713-1/BW/10

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 17.05.2010.

nr 2826 podpis. *Borusiewicz*

Pan

Bogdan BORUSEWICZ

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Senatora Jana Wyrowińskiego, podczas 49 posiedzenia Senatu RP w dniu 18 lutego 2010 r., otrzymanym przy piśmie znak: BPS/DSK-043-2514/10, w sprawie poprawy opieki nad pacjentami w stanie wegetatywnym, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Opieka nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi jest realizowana w dwóch działach administracji rządowej: zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Po stronie ochrony zdrowia 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, rehabilitacji oraz kontynuacji leczenia. Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie medyczne odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych, niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, po indywidualnej ocenie lekarza zakładu opieki długoterminowej. Celem opieki jest także przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Z powyższej definicji wynika wprost, że pacjent do zakładu opieki długoterminowej kierowany jest w związku z koniecznością podejmowania intensywnych działań rehabilitacyjnych, pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz leczniczych (kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego) mających na celu poprawę jego stanu zdrowia.

W odniesieniu do stanu wegetatywnego wyjaśniam, że stan wegetatywny określano dawniej mianem stanu apalicznego, mutyzmu akinetycznego, „coma vigile”. Oznacza on taki stan, w którym w wyniku rozległego uszkodzenia mózgu doszło do ustania funkcji tzw. nowej kory mózgowej („neocortex”) i chory utracił zdolność do komunikowania się z otoczeniem poprzez utratę świadomości siebie i otoczenia. Kryteria rozpoznawania stanu wegetatywnego przedstawiono poniżej, są to kryteria oficjalnie zalecane m.in. przez Amerykańską Akademię Neurologii. Rozpoznanie tzw. przetrwałego i nieodwracalnego stanu wegetatywnego nie jest tylko problemem medycznym, ale również bardzo ważnym problemem bioetycznym, społecznym i prawnym.

Kryteria rozpoznawania stanu wegetatywnego.

1. Brak dowodów na świadomość siebie i otoczenia. Może pojawiać się odruchowe lub spontaniczne otwieranie oczu.
2. Brak celowego i powtarzalnego, słownego czy pisemnego porozumiewania się pomiędzy badającym i chorym. Bodziec zazwyczaj nie jest śledzony wzrokiem, chociaż wzrok czasami biernie za nim podąża. Brak reakcji emocjonalnych na bodźce słowne.
3. Brak zrozumiałej mowy czy ruchów warg naśladujących wyrazy.
4. Uśmiech, grymas czy płacz niespójnie odnoszące się do pojawiających się bodźców.
5. Zachowany rytm snu i czuwania.
6. Zmiennie odruchy pniowe i rdzeniowe, np. zachowane ssanie, żucie, polykanie, odruch źrenic na światło, odruch oczno-mózgowy, odruch chwytny i odruchy ścięgniste.
7. Brak ruchów dowolnych i elementów zachowania, niezależnie od tego jak podstawowych; brak czynności ruchowych sugerujących wyuczone zachowanie; brak naśladownictwa. Na bodźce bólowe reakcja ucieczki lub ruchy patologiczne.
8. Zazwyczaj nienaruszona kontrola ciśnienia tętniczego krwi i czynności sercowo-oddechowej. Nietrzymanie moczu i stolca.

(Podręcznik Neurologii Merritta, Urban & Partner 2004).

W zależności od dokonanej oceny stanu zdrowia, pacjenci u których nie orzeczono „nieodwracalności” stanu wegetatywnego powinni być hospitalizowani w oddziałach szpitalnych lub zakładach opieki przewlekłej, w których jest dostęp do pełnej opieki medycznej. Z kolei pacjenci, u których rozpoznano przetrwały (nieodwracalny) stan

wegetatywny powinni przebywać albo w hospicjum domowym (jeśli jest to możliwe) albo w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, gdzie opieka ma charakter wyłącznie objawowy.

Informuję, że aktualnie zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

W odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej mają zastosowanie m.in. przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 i Nr 211, poz. 1645), zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzenie Nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Kryterium kwalifikującym do objęcia świadczeniobiorcy opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta. Stan zdrowia pacjenta determinuje zapotrzebowanie na usługi o charakterze leczniczym (kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego), rehabilitacyjnym oraz pielęgnacyjno – opiekuńczym. Do oceny zapotrzebowania na opiekę wykorzystuje się m.in. skalę opartą na skali Barthel. Skala ta wykorzystywana jest także na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia do określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

Minister Zdrowia dostrzegając problemy osób, które z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagają opieki osób drugich, podjął działania zmierzające do wzmocnienia istniejących i tworzenia nowych struktur działających na rzecz pomocy osobom niesamodzielnym. W tym celu, w 2006 roku został powołany Zespół do spraw opracowania założeń do ustawy pielęgnacyjnej. Prace Zespołu zakończyły się w 2007 roku wypracowaniem i przedłożeniem Ministrowi Zdrowia projektu założeń do ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

Uzasadnieniem dla podjęcia powyższych działań był fakt, że w Polsce ponad milion osób z powodu swojego stanu zdrowia jest niesamodzielnymi i wymaga stałej opieki osób drugich. Są to najczęściej osoby chore, niesprawne, które z powodu upośledzenia funkcji organizmu, często z niezawinionych przez siebie powodów są samotne, niezdolne do samodzielnej egzystencji.

W 2008 roku problematyka opieki długoterminowej była przedmiotem obrad posiedzenia Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej i Komisji Zdrowia. W dniu 25 kwietnia 2008 r. na posiedzeniu połączonych Komisji - Minister Zdrowia przedstawił informację na temat „Systemu opieki długoterminowej w Polsce – teraźniejszość i przyszłość”. Podczas posiedzenia podkreślono, że celem poprawy sytuacji w zakresie zapewnienia opieki nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi należy podjąć działania związane z kontynuowaniem prac nad ustawą o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

W lipcu 2008 r., odbyło się kolejne posiedzenie Senackiej Komisji Zdrowia poświęcone opiece długoterminowej. Członkowie Komisji zapoznali się z wynikami prac Zespołu powołanego do opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. W trakcie dyskusji stwierdzono, że biorąc pod uwagę wyzwania jakie w niedalekiej przyszłości czekają Polskę w zakresie zapewnienia opieki osobom niesamodzielnym, wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego zapewniłoby w stopniu podstawowym zabezpieczenie potrzeb osób niesamodzielnymi, wymagających niezbędnej opieki i pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Podstawą ubezpieczenia pielęgnacyjnego byłby solidaryzm społeczny, a potrzeba wprowadzenia tego ubezpieczenia wynika ze wzrostu liczby osób niesamodzielnymi.

Zapoczątkowane przez Senacką Komisję Rodziny i Polityki Społecznej oraz Senacką Komisję Zdrowia prace zaowocowały *powołaniem w 2008 roku Zespołu Zadaniowego ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności*, przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej RP. Ministerstwo Zdrowia aktywnie uczestniczy w pracach tego Zespołu. Na Przewodniczącego Zespołu został powołany Pan Senator Mieczysław Augustyn. W dniu 14 października 2008 roku odbyło się pierwsze robocze spotkanie Zespołu Zadaniowego. Zgodnie z przyjętym harmonogramem prac Zespołu, dokonano przeglądu sytuacji w opiece długoterminowej w Polsce i innych krajach. Uznano, że opieka długoterminowa realizowana zarówno po stronie ochrony zdrowia jak i pomocy społecznej nie w pełni zabezpiecza potrzeby osób niesamodzielnych. Postanowiono przygotować raport otwarcia tzw. „Zieloną Księgę o stanie opieki nad osobami niesamodzielnymi w Polsce” wraz z wnioskami i rekomendacjami. Informacje zawarte w Zielonej Księdze będą stanowiły punkt wyjścia do szerokiej dyskusji zarówno politycznej jak i publicznej nad przyszłością opieki długoterminowej w Polsce.

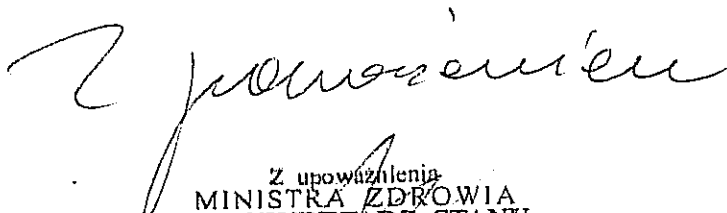
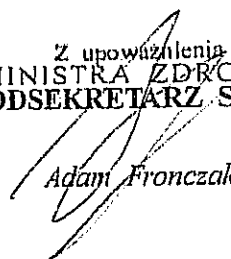
Odnosząc się bezpośrednio do przekazanej Deklaracji Toruńskiej informuję, że przekazałem nadesłane informacje do Przewodniczącego *Zespołu Zadaniowego ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności, do wykorzystania w pracach Zespołu*.

W odniesieniu do podjętej inicjatywy dotyczącej utworzenia zakładu rehabilitacyjnego dla osób w stanie wegetatywnym, informuję, że wyrażam poparcie dla działań mających na celu poprawę jakości opieki nad osobami niesamodzielnymi. Natomiast, w zakresie możliwości zakontraktowania tych świadczeń w roku 2011, informuję, że stanowisko w tej sprawie przekażę w terminie późniejszym, z uwagi na konieczność pozyskania dodatkowych opinii.

Ponadto, podkreślam, że zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Ww. zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach), gdyż właśnie oni posiadają najpełniejszą

wiedzę dotyczącą zapotrzebowania na liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych w danym regionie, przy jednoczesnej odpowiedzialności za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi kierowanych przez siebie oddziałów.

Przedstawiając powyższe, dziękuję Panu Senatorowi za wyrażone zaangażowanie i troskę o zapewnienie odpowiedniej opieki dla osób obłożnie i przewlekle chorych, wymagających wsparcia i opieki osób trzecich.


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Adam Fronczak