



MINISTER ZDROWIA

MZ-ZP-Z-070-14466-3/BW/09

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wysłano dn. 12.05.09.

nr 2754 podpis: Borusewicz

SEKRET  
Biura Prasowego  
Wysłano dn. 13.05  
nr 3406

Warszawa, 2009-05-11

Pan  
Bogdan BORUSEWICZ

Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku*

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Senatora Stanisława Bisztygę, podczas 30 posiedzenia Senatu RP w dniu 2 kwietnia 2009 r., otrzymanym przy piśmie z dnia 7 kwietnia 2009 r., znak: BPS/DSK-043-1512/09, w sprawie rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności odniesienia się do możliwości sfinansowania ze środków publicznych zwiększonego zapotrzebowania na opiekę paliatywną, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Opieka paliatywna i hospicyjna jest istotną i integralną częścią opieki zdrowotnej, a zabezpieczenie jej rozwoju stanowi ważny element działań Ministra Zdrowia. Rozwój opieki paliatywnej winien także uwzględniać „Rekomendacje Komitetu Ministrów dla państw członkowskich w sprawie organizacji opieki paliatywnej”, przyjęte przez Komitet Ministrów Rady Europy w dniu 12 listopada 2003 roku.

W dokumencie tym zapisano, że opieka paliatywna nie sprowadza się jedynie do opieki instytucjonalnej: jest raczej filozofią opieki, która może być zastosowana we wszystkich miejscach pobytu chorego. Zwykle obserwuje się tworzenie zespołów środowiskowych, które oferują opiekę nad chorym w jego własnym domu lub w domu opieki społecznej. Równie często obserwuje się inne modele opieki paliatywnej prowadzonej w szpitalach. Jeżeli to możliwe, chorzy powinni mieć możliwość skorzystania z różnych form opieki, zależnie od ich potrzeb zdrowotnych i osobistych preferencji.

W przywołanym dokumencie zaleca się, aby rządy państw członkowskich:

- 1) podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej;
- 2) dążyły do zrealizowania, na ile jest to możliwe, ujętych w dokumencie działań;
- 3) promowały rozwój współpracy międzynarodowej pomiędzy organizacjami, instytucjami badawczymi i innymi aktywnymi na polu opieki paliatywnej strukturami.

W odniesieniu do powyższych zaleceń, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania związane z wypracowaniem ram prawnych dla rozwoju opieki paliatywnej, a w szczególności dla podniesienia jakości udzielanych świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podjęte zostały prace nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakładach opieki zdrowotnej, którego przyjęcie przyczyni się z pewnością do poprawy opieki nad pacjentami wymagającymi świadczeń z powyższego zakresu.

Natomiast 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. Nr 210, poz. 2135 ze 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.

Zgodnie z przepisem art. 15 ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcom zapewnia się i finansuje ze środków publicznych m.in. podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, rehabilitację leczniczą, świadczenia stomatologiczne, leczenie w domu chorego, leczenie szpitalne, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, opiekę paliatywno-hospicyjną oraz zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z art. 132 wyżej wymienionej ustawy, jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, zgodnie z przepisem art. 146 ust. 1 wyżej wymienionej ustawy, określa Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, który w celu ustalenia jednolitych sposobów realizacji zadań związanych z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydaje zarządzenia, w których określa szczegółowe warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach. Przy czym przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców Prezes Funduszu zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych (art. 146 ust.2 ww. ustawy).

Ponadto, zgodnie z art. 97 ust. 3 przywołanej ustawy, do zakresu działania Funduszu należy między innymi:

- 1) określanie jakości i dostępności do świadczeń oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań oraz zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.

Szczegółowe kwestie dotyczące opieki paliatywnej i hospicyjnej znajdują się w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 96/DSOZ/2008 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. W celu zapewnienia odpowiedniego standardu realizowania świadczeń, wspomniane zarządzenie określa zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców a w szczególności:

- 1) wzór umowy o udzielanie świadczeń,
- 2) zasady udzielania świadczeń,

- 3) tryb kierowania do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych oraz domowych,
- 4) zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych,
- 5) tryb kierowania i zasady udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych oraz domowych,
- 6) katalog zakresów świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej,
- 7) katalog środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych w które powinien zaopatrzyć świadczeniobiorcę stacjonarny zakład opiekuńczy,
- 8) wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe,
- 9) wykaz schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną dzieci i młodzież
- 10) zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń.

Świadczenia dla osób przewlekle i nieuleczalnie chorych realizowane są w ramach opieki długoterminowej w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna w następujących zakresach:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno –opiekuńczym/ opiekuńczo-lecznym. W zakładach tych kontraktowane są świadczenia dla pacjentów, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskali „0-40” punktów.

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym/ opiekuńczo-lecznym dla dzieci i młodzieży. W zakładach tych Fundusz kontraktuje tożsame świadczenia jw. lecz ukierunkowane na opiekę nad dziećmi. Oznacza to, że dzieci w stanie całkowitego uzależnienia w funkcjonowaniu od osób drugich, również mają zapewnione świadczenia w zakładach stacjonarnych;

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym/ opiekuńczo-lecznym dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie. W zakładach tych Fundusz kontraktuje świadczenia dla pacjentów, którzy wentylowani są przy pomocy respiratora i nie mogą przebywać w swoich domach;

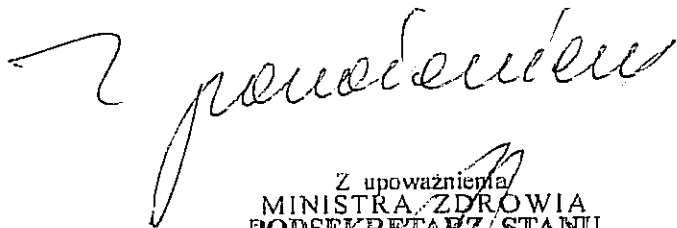
- świadczenia zespołu opieki długoterminowej domowej dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie. Świadczenie przeznaczone jest dla tych chorych, którymi rodzina chce i potrafi opiekować się w warunkach domowych;
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej. Z tego rodzaju świadczeń korzystają chorzy, którymi opiekują się rodziny w swoich domach. Ponadto chorzy ci, mogą korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, które wykonywane są w warunkach domowych;
- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, które obejmują nieuleczalnie chorych z postępującą, zagrażającą życiu chorobą;
- hospicjum domowe dla dorosłych i dzieci. Lekarze, pielęgniarki, psycholodzy, rehabilitanci zatrudnieni w tych hospicjach, pomagają rodzinom w opiece nad nieuleczalnie chorym, który przebywa w domu;
- poradnia medycyny paliatywnej. Opieka sprawowana jest nad chorymi, którzy mogą przybyć do poradni lub chorymi w ogólnym stanie stabilnym, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się, wymagają porad w domu chorego.

Wartość zakontraktowanych w danym roku świadczeń zdrowotnych, zdeterminowana jest wysokością środków finansowych zapisanych w planach oddziałów wojewódzkich Funduszu. Zgodnie z treścią art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) „wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekraczać wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu”. W związku z tym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, zawierając ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych kierują się w szczególności koniecznością jak najlepszego zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym.

Informuję, że w Polsce obserwuje się sukcesywny rozwój opieki nad nieuleczalnie i przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi oraz osobami w podeszłym wieku, odzwierciedleniem powyższego jest fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia co roku zwiększa nakłady finansowe przeznaczone na realizację świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej. Wzrost nakładów ilustruje poniższe zestawienie:

- w 2007 r. wykonano świadczenia zdrowotne na kwotę 702.290,88 tys. zł;
- w 2008 r. wykonano świadczenia zdrowotne na kwotę 911.956,07 tys. zł;
- w 2009 r. plan na dzień 2 kwietnia wynosi 1.085.228,00 tys. zł.

Przedstawiając powyższe, dziękuję Panu Senatorowi za wyrażone zaangażowanie i troskę o odpowiednie zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób obłożnie i przewlekle chorych, niesamodzielnych będących w schyłkowym okresie życia, wymagających wsparcia i opieki osób drugih.



Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

*Adam Fronczak*