

**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa,2009-12-10.....

MZ-ZP-Z-070-16425-2/BW/09

SECRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 16.12.09
nr. 283 podpis M

Pan
Bogdan BORUSEWICZ

Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Senatora Piotra Gruszczyńskiego, podczas 43 posiedzenia Senatu RP w dniu 5 listopada 2009 r., otrzymanym przy piśmie z dnia 12 listopada 2009 r., znak: BPS/DSK-043-2098/09, w sprawie zabezpieczenia świadczeń pacjentom wymagającym stałego stosowania respiratora z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej w przypadku, kiedy w całym województwie nie ma żadnego domu pomocy społecznej, który mógłby przyjąć tych pacjentów, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Opieka długoterminowa realizowana jest w dwóch działach administracji rządowej: zdrowia i zabezpieczenia społecznego. W systemie 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 oraz kontynuacji leczenia. Opieka ta obejmuje również edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu rekonwalescenta i jego rodziny (opiekuna) do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze adresowane są zarówno do dorosłych jak i do dzieci. Znajduje to swój wyraz w zakresie zadań przewidzianych do realizacji w poszczególnych rodzajach opieki.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), akty wykonawcze do tej ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 140 poz. 1147), pacjentowi wentylovanemu mechanicznie przysługują świadczenia gwarantowane udzielane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz w warunkach domowych realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentyloowanych mechanicznie.

Uprzejmie informuję, że w przypadku świadczeń w zakładzie opiekuńczo-lecznym dla pacjentów wentyloowanych mechanicznie obejmują one dodatkowo zapewnienie całodobowego, mechanicznego lub ciśnieniowego wspomagania oddechu u pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.

Świadczenia realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentyloowanych mechanicznie, przeznaczone są dla tych chorych, którzy wymagają stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz specjalistycznego sprzętu, który jest w posiadaniu świadczeniodawcy, do wyposażenia chorego objętego opieką. Każdy chory objęty tym zakresem świadczenia musi być w pełni zdiagnozowany, mieć wykonane wszelkie niezbędne badania diagnostyczne uzasadniające rozpoznania i potwierdzające niemożność stosowania innej formy terapii niż ciągła wentylacja, musi również posiadać udokumentowane zakończenie leczenia przyczynowego. Ponadto świadczeniami zespołu opieki długoterminowej domowej mogą być objęci chorzy, którzy mają odpowiednie warunki domowe i przeszkolona rodzina lub opiekunów prawnych w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo pacjenta. Umiejętności tych, opiekun chorego nabywa właśnie w oddziale szpitalnym pod nadzorem personelu medycznego.

Kwalifikacje do objęcia opieką w warunkach domowych, wydaje lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Do skierowania, o którym mowa wyżej musi być dołączona karta informacyjna leczenia szpitalnego oraz wyniki badań.

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.

Fundusz nie jest organizatorem placówek realizujących świadczenia opiekuńcze ani zdrowotne. Jest płatnikiem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Działalność Narodowego Funduszu Zdrowia określają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

Podkreślam, że w działaniach na rzecz ludzi niesamodzielnymi, starszych, przewlekle chorych, obowiązkiem całego społeczeństwa, a zwłaszcza władz samorządowych wszystkich szczebli jest zapewnienie godnych warunków życia, poszanowania godności i należytej pozycji społecznej. Rodzina niejednokrotnie mimo własnych starań, nie zawsze sama jest w stanie zapewnić pomoc osobie niesamodzielnej.

Zadania władz publicznych mające na celu poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szczegółowo zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Kwestie zadań własnych samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej,

zostały określone w art. 7, 8, 9 wymienionej powyżej ustawy. Wspomniane przepisy do zadań gminy zaliczają między innymi:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych;
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozcznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat art. 8 cytowanej wyżej ustawy, zalicza w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
- 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych;
- 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonej na terenie powiatu;
- 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa art. 9 przywołanej ustawy, zalicza w szczególności:

- 1) opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych;
- 3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1. służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;

- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Przedstawiając powyższe, dziękuję Panu Senatorowi za wyrażone zaangażowanie i troskę o odpowiednie zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób obłożnie i przewlekle chorych, niesamodzielnych, wymagających wsparcia i opieki osób trzecich.

2 powtórzonemu

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Maciek Haber