

## Oświadczenie złożone przez senatora Stanisława Zajęca na 44. posiedzeniu Senatu w dniu 20 listopada 2009 r.

Oświadczenie skierowane do minister zdrowia Ewy Kopacz

Proszę o udzielenie informacji w sprawie likwidacji zadaniowej formy finansowania świadczeń pielęgniarских w podstawowej opiece zdrowotnej pod nazwą „pielęgniarska opieka domowa w POZ”.

Do mojego biura senatorskiego zwrócili się przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarzek i położonych z interwencją dotyczącą problematyki związanej ze świadczeniami w ramach zadaniowej podstawowej opieki zdrowotnej.

Zadaniowa forma finansowania świadczeń pielęgniarских w podstawowej opiece zdrowotnej, nazywana pielęgniarską opieką domową w POZ, wprowadzona została przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2008 r. Jej celem było poszerzenie ograniczonej dostępności do opieki pielęgniarskiej pacjentom, którzy do tej pory korzystali ze świadczeń pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.

Obecnie pielęgniarka środowiskowo-rodzinna ma pod opieką około dwóch tysięcy siedmiuset pięćdziesięciu pacjentów. Ze względu na liczne obowiązki wobec wszystkich pacjentów, a także niejednokrotnie rozległy teren pracy, swoją pomoc obłożnie i przewlekle chorym zmuszona jest ograniczać tylko do wykonania zleceń lekarskich, na przykład iniekcji, kroplówek, opatrunków. A pielęgniarka wykonująca świadczenia w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w POZ miała pod swoją opieką od pięciu do ośmiu ciężko chorych pacjentów i mogła tym samym poświęcić im tyle czasu, ile go potrzebowali z uwagi na swoje problemy zdrowotne. Dzięki częstym wizytom w domu pacjenta miała również możliwość prowadzenia profilaktyki powikłań oraz szybkiego reagowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Ogromne znaczenie, nie tylko humanitarne, miała także pomoc świadczona opiekunom chorego, którzy mając zapewnioną profesjonalną pomoc pielęgniarki, szybko włączali się w prawidłowy proces pielęgnowania chorych członków swoich rodzin. Bez wątplenia była to więc najtańsza forma usług medycznych świadczonych przewlekle i obłożnie chorym, nie tylko dlatego, że chory przebywał w swoim środowisku domowym i nie istniała konieczność sprawowania całodobowej opieki medycznej, ale także dlatego, że efektem pracy pielęgniarzek opieki domowej była mniejsza liczba ponownych hospitalizacji wynikających z pogorszenia się stanu zdrowia i pogłębiającej się niepełnosprawności.

Taki model opieki został bardzo dobrze przyjęty przez pacjentów i ich rodziny, a także przez pielęgniarki, które upatrywały w nim możliwość samodzielności zawodowej i rozwoju zawodowego. Wiele pielęgniarzek zdecydowało się na utworzenie własnych zakładów opieki zdrowotnej, niejednokrotnie ponosząc przy tym duże nakłady finansowe, zaciągając kredyty lub pozyskując na przykład fundusze unijne, co wiązało się również z innymi, dodatkowymi zobowiązaniami. Należy nadmienić, że pielęgniarki były do takich działań motywowane i nakłaniane przez różne organy państwowe, jak na przykład Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz władze samorządowe, zwłaszcza w odniesieniu do opieki nad pacjentami przebywającymi w domach pomocy społecznej.

Obecnie ta forma opieki została pominięta w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Takie rozwiązanie odbiera najbardziej potrzebującym członkom społeczeństwa niezbędną dla nich formę opieki, a ponadto ogranicza zagwarantowaną ustawowo samodzielność zawodową pielęgniarzek, a wręcz ich jej pozbawia.

Proponowane rozwiązania niezgodne są także z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Art. 231 przywołanej ustawy mówi, że fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, tymczasem wprowadzone rozporządzenie ministra zdrowia i decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia odbierają możliwość udzielania świadczeń tym pacjentom, u których były one do tej pory realizowane.

W konsekwencji zmiany te ograniczą liczbę pacjentów, którzy dotychczas korzystali z opieki zadaniowej POZ, bowiem wielu z nich w świetle nowych rozwiązań nie będzie spełniać przesłanek do zakwalifikowania do domowej opieki długoterminowej. W myśl rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgniarских i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, przepisy te znajdują zastosowanie jedynie wobec pacjentów, którzy w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali czterdzieści punktów lub mniej i przez więcej niż czternaście dni wymagają realizacji co najmniej jednego ze świadczeń określonych w §9 ust. 2 rozporządzenia, to jest: kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia; wykonywania opatrunków; karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę; pielęgnacji przetoki; założenia i usunięcia cewnika na podstawie stałego zlecenia lekarskiego; płukania pęcherza moczowego; pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną.

Problem ten dotknie w dużej mierze także pacjentów z domów pomocy społecznej, bowiem tylko nieliczni będą się kwalifikować do opieki długoterminowej, i tylko tacy zostaną objęci tą opieką.

Mając na uwadze zapotrzebowanie społeczne na takie usługi, stwierdzić należy, iż teraz opieka długoterminowa nie zaspokoi wszystkich potrzeb w zakresie zapewnienia pielęgnacji potrzebującym.

Proszę Panią Minister o udzielenie informacji, czy rozważana jest możliwość utrzymania w dotychczasowych przepisach wprowadzonej w 2008 r. zadaniowej formy podstawowej opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu zapotrzebowania społeczeństwa na tę usługę.

Proszę również o odpowiedź, czy w razie likwidacji zadaniowej formy podstawowej opieki zdrowotnej przewidywana jest inna, alternatywna forma opieki, która dawałaby możliwość objęcia szerszej grupy pacjentów konieczną pomocą pielęgniarstwa.

Stanisław Zając