

**Oświadczenie złożone
przez senator Janinę Fetlińską
oraz senatora Stanisława Gogacza
na 41. posiedzeniu Senatu
w dniu 7 października 2009 r.**

Oświadczenie skierowane do minister zdrowia Ewy Kopacz

Do mojego biura senatorskiego zwróciły się pielęgniarki świadczące opiekę rodzinną w formie zadaniowej POZ oraz pielęgniarki grupowej praktyki pielęgniarskiej świadczące usługi dla podopiecznych domów pomocy społecznej z prośbą o zainteresowanie się następującą sprawą.

W wyniku reformy systemu ochrony zdrowotnej rodzina staje się głównym celem usług medycznych realizowanych przez instytucję lekarza rodzinnego i ściśle współpracującą z lekarzem pielęgniarkę rodzinną. System lekarzy rodzinnych funkcjonuje od kilku lat, ale pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w formie zadaniowej dla przewlekle chorych i niesamodzielnych opiekuńczo dopiero od dwóch lat. Zarządzeniem nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wprowadzono w formie zadaniowej pielęgniarską opiekę środowiskową dla chorych, którzy:

1) ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich;

2) nie są objęci świadczeniami opieki długoterminowej realizowanej stacjonarnie oraz nie kwalifikują się do świadczeń hospicjum domowego i świadczeń długoterminowej opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie;

3) uzyskali do 60 punktów w teście oceny stanu pacjenta według skali Barthel;

4) złożyli deklarację wyboru pielęgniarki POZ.

Niestety, pielęgniarska opieka środowiskowa, określona zarządzeniem nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 5 listopada 2008 r. jako pielęgniarska opieka domowa w POZ, będzie funkcjonować do 31 grudnia 2009 r., ponieważ nie została uwzględniona w projekcie zarządzenia nr.../2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia... 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, na rok 2010.

Opieka ta została pominięta w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Pominięcie jej wprowadziło ogromny niepokój wśród pacjentów korzystających z usług pielęgniarskiej opieki domowej. Odbiera się najbardziej potrzebującym i najsłabszym członkom naszego społeczeństwa taką formę opieki, która przynosi wymierne korzyści zdrowotne i społeczne w postaci:

1) poczucia bezpieczeństwa wynikającego z codziennej obecności pielęgniarki świadczącej fachową pomoc;

2) dostępu do fachowych świadczeń w zależności od indywidualnych potrzeb zdrowotnych;

3) świadczeń lub pomocy w realizacji zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych (mycie, kąpiel, zabiegi przeciwoodleżynowe i przeciwodparzeniowe);

4) realizacji świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych lub pomocy w takich świadczeniach, tj.:

a) karmienia pacjenta lub pomocy przy spożywaniu posiłku;

b) karmienia przez zgłębnik lub przetokę;

c) pielęgnacji odleżyn, stomii i powikłanej stopy cukrzycowej oraz zabezpieczenia w środki higieniczne i opatrunkowe;

d) zakładania i wymiany cewnika u kobiet, pielęgnacji i monitorowania założonego cewnika u kobiet i mężczyzn;

e) podawania leków doustnych oraz nadzoru nad przyjmowaniem leków;

f) wykonywania iniekcji podskórnych, domięśniowych, dożylnych i wlewów dożylnych;

g) usprawniania, stosowania drenażu ułożeniowego;

h) prowadzenia gimnastyki oddechowej i wykonywania inhalacji;

5) świadczeń diagnostycznych: pomiaru podstawowych parametrów życiowych, monitorowania obręzków, diurezy i prowadzenia bilansu wodnego, wykonywania pomiaru glikemii;

6) pobierania materiałów do badań;

7) pozyskiwania wiedzy i umiejętności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji od pielęgniarki w ramach świadczeń z zakresu edukacji i promocji zdrowia;

8) pomocy w nabyciu środków leczniczych i sprzętu niezbędnego do opieki i leczenia w domu;

9) wsparcia psychicznego w chorobie i niepełnosprawności;

10) kontaktu z lekarzami i innymi służbami medycznymi.

Opieka ta umożliwiała wcześniejsze zakończenie hospitalizacji z uwagi na zabezpieczenie fachowej medycznej opieki w domu. Jednocześnie troskliwa pielęgnacja zapobiegała nagminnym powikłaniom czy zaostrzeniom chorób przewlekłych i nie obciążała budżetu państwa pobytem w szpitalu. Świadczenia pielęgniarstwa opieki domowej są realizowane od poniedziałku do piątku pomiędzy godziną 8.00 a 18.00, najczęściej w godzinach dogodnych dla pacjenta, a w przypadkach uzasadnionych także w soboty i niedziele.

Możliwość świadczenia pielęgniarstwa opieki domowej dała pielęgniarcom realne poczucie samodzielności zawodowej, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, a której tak bardzo środowisko pielęgniarek oczekiwało. Pielęgniarki wreszcie mogą wykorzystać wiedzę zdobywaną na uczelniach, kursach kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej grozi odebraniem samodzielności zawodowej pielęgniarcom, mówiąc wyłącznie o świadczeniach gwarantowanych pielęgniarcom podstawowej opieki zdrowotnej, nie precyzując formy realizacji świadczeń ani systemu finansowania oraz nie określając liczby świadczeniobiorców. Te możliwości uszczegółowienia formy realizacji opieki, finansowania oraz liczbę świadczeniobiorców sprecyzował Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w projekcie zarządzenia nr.../2009/DOSZ z dnia... 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, określając w §16.1 jako górny próg dotyczący liczby świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ 2750 osób i uściślając jako jedyną kapitacyjną formę finansowania (§18.1 wymienionego zarządzenia). Jak twierdzą osoby zainteresowane, odebrał tym samym możliwość świadczenia opieki pielęgniarstwa w środowisku domowym osobom jej potrzebującym. Pielęgniarki POZ, które teoretycznie powinny świadczyć opiekę gwarantowaną rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. wszystkim potrzebującym, w praktyce nigdy nie będą w stanie objąć opieką 2750 pacjentów. Tak naprawdę taka pielęgniarka nie jest w stanie nawet rozpoznać w pełni ich potrzeb.

Obecnie pielęgniarka POZ domowej opieki zadaniowej ma pod opieką maksymalnie ośmiu chorych i jest w stanie realnie zapewnić opiekę najbardziej potrzebującym. Szkoda, że zamiast rozwijać zadaniową formę opieki, wspierać ją i modyfikować, wzorując się na doświadczeniach innych krajów oraz korzystając z doświadczeń prowadzących ją podmiotów, tak po prostu się ją likwiduje, nie licząc się ani z pielęgniarkami, ani z pacjentami. Pielęgniarki bardzo zaangażowały się w świadczenie opieki pacjentom, spotkały się jednak z dużą niechęcią i brakiem współpracy ze strony lekarzy rodzinnych. Niestety, lekarze rodzinni zazwyczaj niechętni zadaniowej opiece pielęgniarki środowiskowej, umiejscawiają pielęgniarki POZ w gabinecie zabiegowym lub rejestracji.

Na dzień dzisiejszy nie zaspokoili wszystkich potrzeb istniejąca pielęgniarstwa opieka długoterminowa. Nieliczni pacjenci objęci opieką zadaniową mogą się kwalifikować do opieki długoterminowej z racji ograniczenia skali oceny stanu pacjenta Barthel do 40 punktów i wyznaczników danych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. o świadczeniach gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych w ramach opieki długoterminowej. Zgodnie z §9.2 świadczenia gwarantowane, o których mowa w ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie opartej na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej i wymaga realizacji, przez okres powyżej czternastu dni, co najmniej jednego z następujących świadczeń pielęgniarstwa:

- 1) kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia;
- 2) wykonywania opatrunków;
- 3) karmienia przez zgłębnik lub przez przetokę;
- 4) pielęgnacji przetoki;
- 5) założenia i usunięcia cewnika jako stałe zlecenie lekarskie;
- 6) płukania pęcherza moczowego;
- 7) pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną.

Jak twierdzą pielęgniarki, żenujący jest wymóg lekarskiego skierowania do objęcia pacjenta pielęgniarstwem długoterminowym (§10.1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia). To już nie jest odbieranie samodzielności, ale ubezwłasnowolnienie w odniesieniu do zawodów samodzielnych z mocy ustawy i wykonujących je osób, które często legitymują się wykształceniem wyższym.

Proponowane rozwiązania są również niezgodne z zapisem ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 231 mówi, że fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym), ponieważ odbiera możliwość świadczeń tym, którym dotychczas są zasadnie realizowane.

Zwracam się do Pani Minister z prośbą o ustosunkowanie się do wątpliwości i uwag pielęgniarek środowiskowych świadczących opiekę długoterminową w zakresie przedstawionego projektu zarządzenia prezesa NFZ.

Janina Fetlińska
Stanisław Gogacz