

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (MZ 927)

I. Opis sytuacji problemowej

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, w okresie od dnia 14 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłoszony został stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

W celu zapobiegania lub ograniczenia szerzenia się zakażenia stosuje się działania opisane w ww. rozporządzeniu oraz w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

W związku z działaniami podejmowanymi na podstawie ww. ustawy proponuje się zmiany zwiększające dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach zagrożenia epidemicznego.

Zgodnie ze wskazaniem Projektodawcy, Projekt rozporządzenia ma na celu zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach zagrożenia epidemicznego.

Projekt przewiduje:



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- 1) możliwość realizacji porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) zwiększenie liczby lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń przez okresowe dopuszczenie do ich realizacji lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz lekarzy, którzy mają uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, oraz wystąpili do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, w sesji egzaminacyjnej przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów i złożyli z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, i traktowanie ich na równi z lekarzami specjalistami;
- 3) zwiększenie liczby lekarzy uprawnionych do udzielania świadczeń poprzez okresowe dopuszczenie do ich realizacji lekarzy, którzy uzyskali potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz lekarzy, którzy mają uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz wystąpili do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES, i traktowanie ich na równi z lekarzami w trakcie specjalizacji.

Przedłożony projekt przewiduje, iż rozporządzenie ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia ze względu na cel jak najszybszego zapewnienia kadr medycznych w związku z zagrożeniem epidemicznym.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji przedstawicieli organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Lepsze prawo w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich lub telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

II. Zestawienie opinii przedstawicieli organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań zamkniętych. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem dostępność pacjentów do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długookresowej jest wystarczająca?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	6	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem obecne standardy wykonywania świadczeń pielęgnacyjnych i

opiekuńczych w ramach opieki długookresowej odpowiadają oczekiwaniom pacjentów i ich rodzin?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	2	
Nie	6	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem niektóre czynności opiekuńcze z zakresu zadań pielęgniarki w opiece długoterminowej mogą być wykonywane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (tj. przez telefon lub komputer)?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	5	
Nie mam zdania	2	

4. Czy Pani/Pana zdaniem praktyczna realizacja intencji Projektodawcy tj. ochrona pielęgniarek przed ekspansją epidemii wirusa poprzez zezwolenie na udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych może zagwarantować nie pogorszenie stanu zdrowia pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	0	
Nie	7	
Nie mam zdania	3	

5. Czy Pani/Pana zdaniem fizyczna nieobecność pielęgniarek w domach pomocy społecznej lub domu pacjentów pomoże w walce z rozprzestrzenianiem się epidemii wirusa oraz odciążą system ochrony zdrowia?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	6	
Nie mam zdania	3	

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji zostały wzięte pod uwagę przy przygotowaniu opinii Federacji Pacjentów Polskich.

III. Opinia Federacji Pacjentów Polskich

Obowiązujące przepisy stanowią, że świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane w warunkach domowych lub w zakładzie opiekuńczym. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w



domu. Może nią być objęty pacjent, który nie wymaga leczenia w warunkach stacjonarnych, jednak ze względu na istniejące problemy zdrowotne potrzebuje systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarstwa w warunkach domowych. Opieka ta jest realizowana we współpracy z lekarzem POZ.

Do pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci, którzy:

- w ocenie opartej na skali Barthel otrzymali 40 punktów lub mniej,
- nie korzystają w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego),
- nie są w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia pielęgniarstwa domowe udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny pacjenta według skali Barthel, tzn. skali, która pozwala ocenić stan chorego pod względem m.in. jego samodzielności przy wykonywaniu codziennych czynności takich, jak: spożywanie posiłków, siadanie, przemieszczanie się, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety.

Wizyty, nie mniej niż 4 w tygodniu, odbywają się dni powszednie, oraz całodobowo w dni wolne od pracy. Świadczenia pielęgniarstwa wynikające z zachowania ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji zapewnia, w medycznie uzasadnionych przypadkach, przychodnia realizująca umowę w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Karta wizyt powinna być potwierdzona podpisem przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna.

Świadczenia opieki długoterminowej realizowane są także w zakładach opiekuńczych (tzw. opieka stacjonarna).

Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją oraz kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych, a także osób, które przebywały w szpitalu i u

których ukończono proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego. Osoby te, ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji oraz rehabilitację, wymagają całodobowej opieki. Eksperti i praktycy w zakresie opieki długoterminowej jednoznacznie twierdzą, że wszystkie osoby, które są niesamodzielne w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, takich jak jedzenie, poruszanie się, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych i higieny ciała, a znajdują się w szpitalu bądź innej placówce opieki zdrowotnej, muszą mieć zagwarantowaną podstawową pielęgnację i opiekę jako świadczenie towarzyszące opiece medycznej.

Po to, aby wydatkowane środki na leczenie dawały efekt to pacjenci niesamodzielni muszą mieć gwarantowane świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze. Podobnie jak gwarantowany jest transport dla osób obłożnie chorych z upośledzoną funkcją ruchu, który uznany jest za świadczenie towarzyszące.

Jednak powinien ulec zmianie paradygmat opieki nad pacjentem niesamodzielnym. Obecnie panuje przekonanie, że jeśli pacjent nie może samodzielnie wstać z łóżka, to w tym łóżku ma jeść, spać, wydaląć się i myć, i to pod warunkiem, że przychodzi do niego rodzina i wykonuje odpowiednie czynności.

W przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej znajduje się pewna ilość absurdalnych zapisów. M.in. gwarantowana jest opieka lekarza, mimo, że nie ma on żadnego udziału np. przy zmianie pieluch-majtek pacjenta. To samo dotyczy gwarancji opieki fizjoterapeuty - który wprawdzie pomaga w chodzeniu pacjenta, ale odbywa się to w zakresie świadczeń specjalistycznej opieki, a nie opieki podstawowej. Konieczne jest zatem uznanie i zwiększenie roli opiekunów medycznych, których kompetencje i zakres czynności powinny być jednoznacznie opisane.

Zmiana organizacji opieki długoterminowej nad osobami chorymi powinna zatem odciążyć pielęgniarki, od których, przy ich obecnym wykształceniu i zapracowaniu, nie powinno się wymagać wypełniania obowiązków z zakresu typowo opiekuńczego, takich jak utrzymanie odpowiedniej kondycji ciała lub czynności z zakresu higieny osobistej pacjenta. Jednak praktyka jest inna i niekiedy wymusza takie działania, które są niekorzystne dla wszystkich stron. Oczywiście proponowane zmiany będą możliwe jedynie w sytuacji, kiedy zostaną spełnione warunki niezbędne do prawidłowej pielęgnacji, tj. właściwa przestrzeń pielęgnacyjna, dostępność do sprzętu wspomagającego osoby niesamodzielne i ich opiekunów, znajomość technik pracy i odpowiednie normy zatrudnienia personelu opiekuńczego. Bez odpowiedniego zdefiniowania świadczeń należnych dla pacjentów i poszerzenia personelu opiekuńczego nie możemy mówić o sprawnej i skutecznej pomocy rodzinom dotkniętym niesamodzielnością swych bliskich.

W związku z powyższą analizą obowiązujących przepisów i niespójnej z nimi praktyki działań w zakresie opieki długoterminowej, należy z wielką ostrożnością lub nawet sceptycyzmem odbierać wskazane w przedmiotowym projekcie rozporządzenia zmiany, idące w kierunku dopuszczenia realizacji porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, „o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy”.

Wymieniony warunek/przesłanka jest jednak sformułowana w sposób na tyle ogólnikowy, że może podlegać szerokiemu zakresowi interpretacji dopuszczając, pozornie w zgodzie z literą prawa, znaczące obniżenie standardów opiekuńczych, z oczywistą szkodą dla pacjenta. Z definicji, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze wchodzić muszą do grupy czynności, przy wykonywaniu których niezbędny jest osobisty, staranny kontakt osoby świadczącej opiekę nad pacjentem. Można obawiać się nadużywania zapisu o możliwości wykorzystywania systemów teleinformatycznych.

Pielęgniarka wykonująca czynności opiekuńcze w sposób wirtualny nie może stać się standardem, nawet w sytuacjach kryzysu wywołanego epidemią koronawirusa.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

