

ostateczna wersja zapisów będzie ustalona przez specjalistów w Ministerstwie Zdrowia.

- Dla zabezpieczenia usług opiekuńczo – pielęgnacyjnych przewidziano powołanie nowego zawodu medycznego: opiekun medyczny. Zawód opiekuna medycznego został wpisany do rozporządzenia Ministra Edukacji i Sportu z dnia 8 maja 2004r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa medycznego. We wrześniu 2007 roku rozpoczęto na terenie kraju edukację w tym zawodzie. Jak ocenia Pani wprowadzenie takich rozwiązań prawnych i jakie są skutki ich wdrożenia?

- Obecnie w Polsce statystycznie wyodrębnia się grupę ponad 4 mln osób, które wymagają opieki innych osób. W tej grupie ponad 1,5 miliona obywateli boryka się z problemami spowodowanymi dysfunkcją określonego narządu i jednocześnie z samobsługą, a ponad 750 tys. spośród nich mieszka samotnie.

Z danych uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że instytucjonalną opieką stacjonarną, łącznie w obu systemach wsparcia społecznego, objętych jest zaledwie około 100 tys. osób. Aktualnie, na objęcie profesjonalną długoterminową opieką stacjonarną i domową, może liczyć tylko około 30% przewlekle chorych osób potrzebujących pomocy w zakresie

pielęgnacji i opieki, a sytuacja pogarsza się w związku z procesem starzenia się społeczeństwa.

Społeczna skala potrzeb oraz związanych z tym problemów organizacyjnych i finansowych, w kontekście poważnych braków infrastrukturalnych i kadrowych, uzasadnia odejście od dotychczasowego pojmowania pielęgnacji jako domeny pielęgniarstwa i rozszerzenie kręgu pielęgnujących profesjonalistów.

Narastający brak pielęgniarek odczuwany w szpitalach, domach opieki i w zakładach opieki długoterminowej powoduje, że opiekunowie medyczni będą niezastąpieni wszędzie tam, gdzie przebywają ludzie chorzy i niesamodzielni, którzy potrzebują pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb życiowych takich jak: odżywianie, wydalanie, higiena ciała, poruszanie się i komunikowanie z otoczeniem. Opiekunowie medyczni będą pracować w partnerstwie i pod nadzorem pielęgniarki, przejmując część ich kompetencji w zakresie podstawowej pielęgnacji. Umożliwi to pielęgniarkom skoncentrowanie się na zlecanych przez lekarzy zabiegach leczniczych. Wprowadzenie tego nowego zawodu opiekuńczego z pewnością wpłynie na ograniczenie skutków zaniedbań pielęgnacyjnych, a tym samym poprawi jakość opieki zdrowotnej.

- Jak ocenia Pani zestawienie planów finansowych NFZ na rok 2008 i 2009 jeśli chodzi o nakłady środków finansowych przeznaczonych przez NFZ w roku 2008, a jak w 2009, na koszty świadczeń zdrowotnych i koszty zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne?

- Niestety nie można powiedzieć, że sytuacja się poprawiła. Wręcz uległa ona pogorszeniu. W niektórych województwach, gdzie sytuacja była najtrudniejsza, nakłady trochę wzrosły, ale w związku z brakiem diagnozy o rzeczywistym zapotrzebowaniu, trudno ocenić czy ponoszone przez NFZ nakłady są adekwatne do potrzeb społecznych czy do możliwości NFZ.

Ponieważ z danych statystycznych wynika, że liczba potrzebujących stale rośnie a standard materialny przewlekle chorych osób niepełnosprawnych w Polsce jest zdecydowanie niski, jestem przekonana, że nakłady na zaopatrzenie w materiały medyczne, środki pomocnicze i sprzęt ortopedyczny powinny być znacznie wyższe. Wystarczy dokonać porównania z danymi z innych krajów Europy. Porównanie to potwierdza, że w rozwiązywaniu problemów związanych z kompensacją utraconej sprawności jesteśmy bardzo zapóźnieni. Ma to bezpośrednie przełożenie na generowanie kosztów w systemie ochrony zdrowia.

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ – organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne

(kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na				
						a) AS	b) PM	c) PO	d) WS	e) CPAP
Lubuskie	50	20	1009	73	21 dni	nb	nb	nb*	nb	nb
Opolskie	65	16	1038	78	do 7 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	143	23	3278	456	do 30 dni	7 dni	nb	7 dni	nb	7 dni
Podkarpackie	233	9	2098	161	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	239	5	1194	59	do 45 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	255	5	1277	239	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	285	5	1426	105	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	291	16	4660	568	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	512	5	2559	141	21 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	517	4	2066	67	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Lubelskie	542	4	2168	223	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	564	6	3386	222	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	720	4	2880	186	do 14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	846	2	1693	107	do 14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	863	6	5176	218	21 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Pomorskie	2204	1	2204	112	do 21 dni	nb	nb	nb	nb	nb

AS – aparat słuchowy; PM – pieluchy i pieluchomajtki; PO – przedmioty ortopedyczne; WS – worki stomijne, CPAP – aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego; nb – na bieżąco, * wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące – 1 mc

Opr. K. Ciepela na podstawie danych z oddziałów NFZ