

WYWIAD

Trwają dalsze prace nad Rozporządzeniem

Z ELŻBIETĄ SZWAŁKIEWICZ, KONSULTANTEM KRAJOWYM W DZIEDZINIE
PIELĘGNIARSTWA PRZEWELEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH,
ROZMAWIA MAGDALENA OWOC



- Jak ocenia Pani nowy projekt Ministerstwa Zdrowia dotyczący wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych? Czy proponowana przez Resort regulacja jest lepsza w stosunku do obecnie obowiązującego rozporządzenia z 2004 roku? Czy nowy projekt, jeśli wejdzie w życie, będzie odpowiedzią na oczekiwania pacjentów?

- W związku z licznymi, krytycznymi uwagami dotyczącymi systemu refundacji, kierowanymi do Ministerstwa Zdrowia przez organizacje osób niepełnosprawnych, świadczeniodawców, organów administracji publicznej i organizacji społecznych, podjęto decyzję o rozpoczęciu prac nad zmianą systemu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi. Ich celem było opracowanie jednoznacznych kryteriów przyznawania oraz wprowadzenie nowego wzoru zlecenia, ujednoczenie pojęć w różnych aktach prawnych tak, aby ich terminologia pokrywała się z terminologią światową oraz

poprawienie dostępności i jakości zaopatrzenia.

22 kwietnia ubiegłego roku, Komisja Polityki Społecznej i Rodziny zorganizowała debatę z udziałem przedstawicieli wszystkich zainteresowanych stron, w celu wyrażenia opinii na temat przygotowanego przez Ministerstwo projektu. Ponieważ wniesiono wiele krytycznych uwag, parlamentarzyści zobowiązali autorów projektu do zweryfikowania najbardziej krytykowanych zapisów. W związku z tym przywrócono termin do wnoszenia uwag i wznowiono prace. 20 stycznia br. odbyło się w Ministerstwie spotkanie uzgodnieniowe, na którym autorzy projektu (poprawionego) odnieśli się do wszystkich wniesionych uwag (ponad 400) i uzasadniali ich uwzględnienie bądź odrzucenie.

Zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt zawiera w sobie intencję poprawy sytuacji osób, których jakość życia zależy od dostępności środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych,

kompensujących utraconą sprawność. W odniesieniu do środków pomocniczych ta poprawa jest istotna i dotyczy uproszczenia procedur zlecenia, wnioskowania o refundację, realizacji wniosków, a także limitów ilościowych i cenowych. Oczywiście oczekiwania pacjentów jak i moje, jako osoby zainteresowanej jakością opieki długoterminowej, zawsze będą szły w kierunku pełnej dostępności i pełnej refundacji, ale nie jest to niestety możliwe w obecnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Podobnie wygląda sytuacja w zlecaniu i refundowaniu sprzętu ortopedycznego. W trakcie spotkania uzgodnieniowego, jego uczestnicy mieli możliwość przedstawienia argumentów dotyczących wielu zapisów, m.in. w sprawie kryteriów oceny zapotrzebowania oraz kwalifikacji i kompetencji osób, które realizują zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Wszystkie wniesione uwagi zostały odnotowane. Ponieważ uczestnicy w wielu kwestiach wyrażali różne poglądy,

PLAN FINANSOWY NFZ 2008 vs 2009

OW NFZ	Podział środków na 2008 r. (plan z dnia 7.01.2009) - koszty świadczeń zdrowotnych (w tys. zł)	Podział środków na 2009 r. (plan z dnia 10.02.2009) - koszty świadczeń zdrowotnych (w tys. zł)	Dynamika plan 2009 / plan 2008	Podział środków na 2008 r. (plan z dnia 7.01.2009) - koszty zaopatrzenia w przedm. ortop. i śr. pom. (w tys. zł)	Podział środków na 2009 r. (plan z dnia 10.02.2009) - koszty zaopatrzenia w przedm. ortop. i śr. pom. (w tys. zł)	Dynamika plan 2009 / plan 2008
DOLNOŚLĄSKI	3 934 801	4 046 453	102,84%	45 120	45 250	100,29%
KUJAWSKO-POMORSKI	2 720 656	2 764 178	101,60%	30 635	25 620	83,63%
LUBELSKI	2 794 479	2 858 097	102,28%	31 016	30 000	96,72%
LUBUSKI	1 271 229	1 324 548	104,19%	15 300	14 958	97,76%
ŁÓDZKI	3 517 124	3 630 292	103,22%	42 122	39 000	92,59%
MAŁOPOLSKI	4 243 249	4 335 666	102,18%	55 305	55 700	100,71%
MAZOWIECKI	8 034 678	8 223 673	102,35%	77 130	73 530	95,33%
OPOLSKI	1 300 504	1 316 399	101,22%	16 497	17 500	106,08%
PODKARPACKI	2 454 370	2 507 571	102,17%	30 911	29 411	95,15%
PODLASKI	1 540 940	1 571 558	101,99%	18 039	18 000	99,78%
POMORSKI	2 970 914	3 117 234	104,93%	30 858	30 880	100,07%
ŚLĄSKI	6 458 560	6 559 782	101,57%	82 935	79 110	95,39%
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 631 454	1 678 343	102,87%	20 102	21 000	104,47%
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 763 935	1 799 955	102,04%	22 551	21 000	93,12%
WIELKOPOLSKI	4 435 169	4 565 979	102,95%	50 180	52 000	103,63%
ZACHODNIOPOMORSKI	2 287 701	2 341 865	102,37%	30 873	30 873	100,00%
SUMA	51 359 763	52 641 593	102,50%	599 574	583 832	97,37%

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