

PETYCJA KIEROWANA DO:

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
SEKRETARIAT POSIEDZEŃ

SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
KOMISJA PRAW CZŁOWIEKA, PRAWORZĄDNOŚCI I PETYCJI
KOMISJA ZDROWIA

MINISTER ZDROWIA PANI EWA KOPACZ

PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
PAN JACEK PASZKIEWICZ

**PETYCJA „POLSKI URZĘDNIK NA STRAŻY POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA
WE WŁASNYM KRAJU OBYWATELA POLSKIEGO”**

Proszę o poparcie mojej petycji w bardzo trudnej sprawie, która bezpośrednio dotyczy 55 osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych przebywających w domu i wymagających ze względu na swój stan zdrowia opieki i działań medycznych pielęgniarki dyplomowanej z opieki domowej długoterminowej.

Opieka pielęgniarska długoterminowa domowa jest skierowana do osób z dużymi deficytami zdrowotnymi, takimi jak: przewlekle choroby (wielochorobowość), niepełnosprawność fizyczna i umysłowa, brak samodzielności w samoopiece i w samopielęgnacji, choroby nowotworowe.

Realizacja świadczeń pielęgniarskich zostaje wdrożona na terenie domu pacjenta w sytuacji kiedy osoba przewlekle chora i niepełnosprawna nie może lub nie chce korzystać z opieki instytucjonalnej.

Opieka długoterminowa dostarcza szeroki zakres świadczeń zdrowotnych dla ludzi w każdym wieku z chorobami przewlekłymi i wymagającymi systematycznej pielęgnacji.

Opieka zdrowotna wykonywana jest przez pielęgniarki dyplomowane nieodpłatnie z zachowaniem ciągłości i systematyczności w pielęgnowaniu osób chorych.

Świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę w domu pacjenta finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zawartej umowy pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem, który pokrywa całkowity koszt zrealizowanych świadczeń pielęgniarskich.

Taką opieką i pielęgnacją zajmujemy się od wielu lat jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej pod nazwą Opieka Pielęgniarska i Zaopatrzenie Ortopedyczne, Środki Pomocnicze, Materiały Medyczne w Lublinie przy ul: J.Sawy8/03; w oparciu o umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zakresy umowy z NFZ dotyczą pacjentów objętych opieką domową długoterminową (OPD) i opieką pielęgniarki środowiskowej ze stawki zadaniowej (POZ).

Opieka OPD funkcjonuje w naszym kraju od samego początku powstania jeszcze Kasy Chorych, ale kwalifikacja pacjentów do tego typu opieki jest mocno zawężona z uwagi na wymagania NFZ, dlatego też jako forma uzupełniająca powstała w 2008 roku opieka pielęgniarki środowiskowej ze stawki zadaniowej. Obie te formy opieki wzajemnie doskonale uzupełniały się. Pacjent mógł pozostać w swoim środowisku domowym, tam gdzie czuje się najlepiej, a świadczenia medyczne realizowane były przez profesjonalnie przygotowane pielęgniarki systematycznie najmniej dwa razy w tygodniu (w przypadku POZ) a cztery razy w tygodniu (w przypadku OPD), a jeżeli stan zdrowia pacjenta tego wymagał to częściej.

Główny problem, z którym zwracam się to nowy pomysł decydentów NFZ, likwidacja od 1.03.2010 opieki pielęgniarki środowiskowej w stawce zadaniowej i przesunięcie pacjentów kwalifikujących się na podstawie skali Barthel (od 0-40 pkt.) do opieki OPD. Do 18.02.2010 osoby odpowiedzialne z NFZ za tego typu działania odpowiadały, że są środki finansowe na tych pacjentów, ponieważ oni tak naprawdę zmieniają tylko formę opieki i żaden pacjent nie zostanie odrzucony i pozbawiony opieki i żadna pielęgniarka nie straci pracy. Te same informacje potwierdzano w Ministerstwie Zdrowia i w centrali NFZ w Warszawie. Natomiast już w dniu 18.02.2010 r. podczas negocjacji pomiędzy mną - dyrektorem NZOZ a komisją negocjacyjną z NFZ lubelskiego dowiedziałam się, że pieniędzy nie ma i wobec zaistniałych faktów aż 55 pacjentów zakwalifikowanych do OPD na wyraźnych warunkach i zastrzeżeniach NFZ straci opiekę w domu a tym samym 11 pielęgniarek straci pracę.

Moje argumenty przemawiające na korzyść naszego NZOZ-u, czyli, że jesteśmy placówką ochrony zdrowia z certyfikatem jakości ISO 9001:2008- Certyfikat Systemu Zarządzania; jako jedyna placówka w całym kraju posiadamy ten certyfikat w zakresie:

1. realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarskiej opieki domowej
2. sprzedaż zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych
3. działalność dydaktyczna na rzecz Uniwersytetu Medycznego w Lublinie;

wszystkie pielęgniarki i inni pracownicy kilka razy w roku uczestniczą w kursach i szkoleniach podnoszących ich kwalifikacje; że pacjent ma do nas stały dostęp od godziny 8 do 18 codziennie i w soboty od godziny 10-14, że pomyślnie przechodzimy kontrole wykonywane systematycznie przez NFZ lubelski, ostatnia kontrola wypadła bardzo pozytywnie; mamy bardzo duże nadwykonania w kontraktach, za które NFZ nam nie płaci; że wcześniej nasza placówka współfinansowała opiekę na równi z NFZ (ponieważ płatnik zasłaniał się brakiem funduszy) dla dziecka, które wymagało bardzo indywidualnego i czasochłonnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w domu. Wszystkie argumenty, które przedstawiłam nie mają znaczenia dla NFZ, ponieważ Pan dyrektor NFZ oddziału w Lublinie twierdzi, że nie ma pieniędzy i że wszystkich świadczeniodawców należy traktować jednakowo.

Decydenci NFZ twierdzą również, że ci ciężko chorzy pacjenci, dla których nagle zabrakło środków finansowych na opiekę domową długoterminową, będą pielęgowani przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne. Oczywiście takie stawianie sytuacji niczego nie rozwiązuje, ponieważ pielęgniarka środowiskowo-rodzinna obejmuje swoją opieką 2750 pacjentów w tym średnio jest około 20 osób ciężko chorych też wymagających stałej systematycznej pielęgnacji. Jeżeli pielęgniarka środowiskowo-rodzinna dostanie jeszcze dodatkowo pacjentów z OPD to oczywiste jest, że albo wydłuży się jej czas pracy (co jest niezgodne z wymaganiami NFZ i z kodeksem pracy), albo część pacjentów zostanie bez opieki i trafią do szpitala lub do zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej. Takie rozwiązanie jest mało racjonalne i nieekonomiczne z uwagi na nagły wielokrotny wzrost kosztów na leczenie i pielęgnację tych pacjentów. Zachodzi pytanie o co chodzi decydentom NFZ, czy o pseudo oszczędności w ochronie zdrowia, czy o tzw. ruchy pozorowane szukania oszczędności.

Na moje pytanie co mam zrobić w danej sytuacji nikt nie umie mi odpowiedzieć a zwracałam się dotychczas do: NFZ oddział w Lublinie (wielokrotnie), Ministerstwa Zdrowia, Wiceministra Zdrowia, Pani i Panów Posłów PO, Wojewody Lubelskiego, Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, Pani Minister Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania, Naczelnej i Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych, wreszcie też do Biskupa lubelskiego.

Wobec zaistniałych faktów bardzo krzywdzących naszych pacjentów, pielęgniarki i naszą placówkę ochrony zdrowia nie zgadzam się na warunki stawiane przez NFZ i szukam pomocy. Ponieważ w myśl postanowień NFZ od 1.03.2010, mają obowiązywać zasady płatnika i 55 pacjentów ciężko chorych pozostaje bez opieki OPD a 11 pielęgniarek bez pracy. Uważam, że nie można godzić się na sytuację, która moim zdaniem i moich pracowników wymyka się już z pod kontroli społeczeństwa, a NFZ narzuca prawo „silniejszego”. Tutaj rodzi się pytanie a co ze słabszymi jednostkami społeczeństwa?; przecież każdy z nas może znaleźć się w sytuacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Z decyzją Pana Dyrektora NFZ lubelskiego oddziału również nie zgadzają się pacjenci i ich rodziny/opiekunowie, którzy skierowali pisemne prośby w ilości 195 podpisów o nie pozbawianie opieki pielęgniarskiej. Niestety decyzja Pana Dyrektora NFZ jest bardzo niekorzystna dla osób ciężko chorych i ich rodzin/opiekunów.

Należy tutaj dodać, że żaden pacjent nie stracił opieki pielęgniarki domowej długoterminowej, cały nasz zespół NZOZ OPiZOŚPMM z siedzibą w Lublinie przy ul: J. Sawy 8/03 dołożył wszelkich starań, aby zachować i kontynuować wdrożony proces pielęgnowania, pomimo iż NFZ od ponad dwóch miesięcy nie chce zapłacić za realizację wykonanych świadczeń u 55 osób ciężko chorych. Ta trudna sytuacja trwa już od 1 marca 2010 roku.

Nasza placówka nie będzie mogła w nieskończoność kontynuować tych świadczeń z uwagi na pogłębiające się zadłużenie. Natomiast pozostawienie pacjentów bez opieki spowoduje wielokrotny wzrost kosztów szpitali w tym oddziałów specjalistycznych i placówek stacjonarnych opieki długoterminowej, które to NFZ będzie musiał pokryć i to na pewno w terminie.

Świadczenie opieki zdrowotnej w domu pacjenta przez pielęgniarkę z opieki domowej długoterminowej ma na celu: rozpoznawanie warunków zdrowotnych i potrzeb zdrowotnych, rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz edukację zdrowotną.

Pielęgniarki dyplomowane są wystarczająco przygotowane do realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie domu pacjenta.

Aby realizować opiekę domową długoterminową pielęgniarki muszą spełniać bardzo zastrzone przez NFZ kryteria, które powinny zostać spełnione, ponieważ ten wymóg ma decydujące znaczenie w sytuacji zawierania umowy pomiędzy płatnikiem a realizatorem świadczeń. Stale rosnące wymagania NFZ to ciągle nowe koszty dla placówek realizujących kontrakty na świadczenia zdrowotne. Wymagania te szczegółowo zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 rok, skierowane są do pielęgniarek dyplomowanych z aktualnym prawem wykonywania zawodu realizujące proces pielęgnowania w pielęgniarskiej opiece domowej długoterminowej: *wykształcenie wyższe lub średnie oraz roczny staż pracy w lecznictwie stacjonarnym oraz ukończona specjalizacja lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie opieki długoterminowej lub w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych lub pielęgniarstwa zachowawczego lub pielęgniarstwa rodzinnego lub pielęgniarstwa środowiskowego lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego lub pielęgniarstwa pediatrycznego lub pielęgniarstwa geriatrycznego lub w trakcie specjalizacji lub kursów kwalifikacyjnych.*

Wobec problemu starzenia się społeczeństwa i wzrostu potrzeb zdrowotnych do dostępności świadczeń medycznych dla osób starszych, niepełnosprawnych i ciężko chorych należy szukać działań prowadzących do najbardziej optymalnego rozwiązania w celu polepszenia jakości życia tych osób. Dostępność świadczeń zdrowotnych i ich kosztowność uznawana jest za najważniejszy problem, jaki ma do rozstrzygnięcia polityka zdrowotna.

Uważam, że bardzo dobrym rozwiązaniem istniejących już i stale pogłębiających się problemów w ochronie zdrowia jest utworzenie i zatwierdzenie przez Ministra Zdrowia regulacji mających na celu wykorzystanie kompetencji i samodzielności w ochronie zdrowia grupy zawodowej pielęgniarskiej.

Zawód pielęgniarki jest zawodem wolnym, a tym samym należącym do szczególnej kategorii zawodowej, wyróżniającej się samodzielnością, odpowiedzialnością, wiedzą, kwalifikacjami, kompetencjami, umiejętnością zorganizowania sobie stanowiska pracy (np. praca na terenie domu pacjenta) i te wszystkie czynniki wyróżniają pozycję zawodową grupy pielęgniarskiej na tle innych grup zawodowych (Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Propozycje dla organizatorów ochrony zdrowia

Realizując cele i zamierzenia w polityce zdrowotnej naszego kraju należy oprzeć się na ogromnym potencjale jaki posiada grupa zawodowa pielęgniarska, dlatego też proponuję:

(1) pielęgniarka powinna mieć możliwość samodzielnego decydowania o etapie wypisywania wniosku na środki pomocnicze typu: pieluchomajtki ich zamienniki, cewniki urologiczne, worki do zbiórki moczu, sprzęt stomijny, rurki tracheotomijne, materace przeciwoślizgowe.

(2) pielęgniarka powinna także mieć możliwość wypisywania recepty/wniosku na specjalistyczne opatrunki stosowane w leczeniu ran przewlekłych w domu pacjenta

(3) pielęgniarka powinna mieć możliwość wypisywania wniosków na przedmioty ortopedyczne środków pionizujących pacjenta przebywającego w domu typu: wózek inwalidzki, pionizator, balkonik, chodzik, czwórnoży, trójnoży, laski, kule

(4) pielęgniarska wiedza i umiejętności powinny być wykorzystane w zdecydowanie szerokim zakresie (unormowana zapisami z NFZ i wyceniona jako szczególna procedura) do pracy z pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym w domu jako edukatora zdrowia oraz nauczyciela i przewodnika dla rodziny i opiekunów osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych w zakresie działań nieprofesjonalnych i opiekuńczych

Wnioski dla organizatorów ochrony zdrowia

Rozszerzenie i wykorzystanie potencjału kompetencji pielęgniarki, która jest bardzo dobrze przygotowana zawodowo, jako jedyna grupa zawodowa w naszym kraju posiada szeroko pojęte kompetencje i kwalifikacje do specjalistycznej pielęgnacji osób ciężko chorych, niepełnosprawnych; pozwoliłoby to na (1) uzyskanie ogromnych oszczędności w zakresie ochrony zdrowia szczególnie nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym (który jest najbardziej kosztowym pacjentem jeżeli trafi do szpitala lub do placówki innej stacjonarnej); (2) zwiększenie dostępności pacjenta do tego typu środków pomocniczych i zaopatrzenia ortopedycznego co pozwoliłoby w krótszym etapie czasu na polepszenie stanu zdrowia pacjenta a tym samym poprawiłoby jego jakość życia; (3) pacjent mniej korzystałby wówczas z opieki lekarskiej (zdecydowanie bardziej kosztochłonnej w porównaniu do opieki pielęgniarskiej); (4) pacjent rzadziej trafiałby do szpitala na oddziały specjalistyczne, które są bardzo kosztochłonne, oraz rzadziej korzystałby z przewozu lub wizyty zespołu karetki pogotowia.

Podsumowując w opiece pielęgniarskiej długoterminowej domowej jest ogromny potencjał, który z kolei jest szansą dla sektora ochrony zdrowia a przede wszystkim dla polskiego społeczeństwa na znalezienie rozwiązania w polityce ochrony zdrowia zapewniającej świadczenia medyczne realizowane przez pielęgniarki na bardzo wysokim poziomie.

Z wyrazami szacunku
Dr n. med. Elżbieta Stasiak
Dyrektor NZOZ OPiZOŚPMM
Prezes Fundacji -ZOFIA-
Działającej na rzecz osób
Przewlekłe chorych,
Niepełnosprawnych,
Nieuleczalnie chorych,
Marginalizowanych społecznie
Wykładowca Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie



Jesteśmy uczestnikiem Programu

RZETELNA Firma

Sprawdź naszą rzetelność na

<http://www.rzetelnafirma.pl/BOL6N1IK/1>