Zał. nr 11

Informacja o realizacji świadczeń w zakresie opieki nad mieszkańcami domów pomocy społecznej.

Świadczenia zdrowotne dla mieszkańców Domów Pomocy Społecznej realizowane są na zasadach ogólnych. Mieszkaniec DPS ma prawo wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Kujawsko - Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Przedmiotem umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna jest udzielenie świadczenia w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, w warunkach ambulatoryjnych lub w uzasadnionych przypadkach, w domowych.

Do świadczeń POZ należą w szczególności:

- badania i porada lekarska,
- diagnostyka i leczenie,
- kierowanie na leczenie specjalistyczne, szpitalne, uzdrowiskowe i do opieki długoterminowej,
- orzeczenie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- opieka nad niepełnosprawnymi,
- promocja zdrowia i profilaktyka chorób,
- świadczenia związane z zadaniami pielęgniarki POZ,
- świadczenia związane z zadaniami położnej POZ.

Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej należy do zadań własnych samorządu powiatowego. Ustawa w art. 55 wskazuje, że dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Natomiast, w art. 58 wskazuje, iż po stronie domu leży obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy

mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej jako osoby ubezpieczone maja prawo do finansowanych ze środków NFZ usług medycznych, w tym do pielęgnacji i rehabilitacji (zgodnie z ustawami o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz o ubezpieczeniu w NFZ).

W domach pomocy społecznej przebywają osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, coraz częściej trafiają również do domów pomocy społecznej osoby chore i niepełnosprawne z całodobowych placówek leczniczych (szpitale, ZOL i ZPO) lub hospicjów. Odsetek osób wysoce niesamodzielnych w/w domach wzrasta, nie ma więc wątpliwości, że powinny być one otoczone całodobowa, fachowa opieką pielęgniarską oraz mieć możliwość rehabilitacji.

Mieszkańcy korzystają z zewnętrznych usług zdrowotnych ponieważ domy pomocy społecznej nie posiadają statutu zakładu opieki zdrowotnej i nie posiadają uprawnień do świadczenia usług medycznych, a więc i leczenia medycznego.

Ponieważ osoba wymagająca pomocy medycznej mieszkającą w domu pomocy społecznej ma prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgnacyjnej, jak osoba zamieszkująca w środowisku, może zatem na miejscu, w domu pomocy społecznej korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na analogicznych zasadach jak w domu pacjenta, w szczególności takich jak:

- świadczenia lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia w pielęgnacyjnej opiece długoterminowej.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej z terenu powiatu inowrocławskiego złożyli deklarację wyboru lekarza POZ, pielęgniarki i położnej POZ do następujących świadczeniobiorców:

DPS w Inowrocławiu - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne "Farma-Med." ul. Dworcowa 71 w Inowrocławiu,

DPS w Ostrowie – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twoje Zdrowie" ul. Rybacka 22 w Kruszwicy . Psychiatryczno-Odwykowy Ośrodek leczniczy w Inowrocławiu ul. Okrężna 79

DPS w Ludzisku – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie "
w Janikowie. Odwykowo-Psychiatryczny Ośrodek Leczniczy S.P. Inowrocław. Niepubliczny zakład Opieki Zdrowotnej "Mątwy-Med " w Inowrocławiu.

DPS w Kawęczynie- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Profilaktyka "
w Gniewkowie,
Dla filii w Parchaniu – Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej z Dąbrowie Biskupiej

DPS w Warzynie - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Esculap "
w Gniewkowie.

Ministerstwo proponuje aby na podstawie art. 2 ust. 2a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) na terenie domu pomocy społecznej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, której zadaniem będzie udzielanie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domu pomocy społecznej. Osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w takiej wydzielonej jednostce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej mogłyby być te osoby, które obecnie są zatrudnione w domu pomocy społecznej, jeśli posiadają prawo wykonywania zawodu medycznego i ZOZ zawrze z nimi stosowne umowy.

Mieszkańcy domów pomocy jako osoby ubezpieczone mają prawo do finansowych ze środków NFZ usług medycznych, w tym do pielęgnacji i rehabilitacji (zgodnie z ustawami o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznychoraz ubezpieczeniu w NFZ). Prawo to nie było dotychczas respektowane, gdyż usługi pielęgniarskie i rehabilitacja były wykonywane przez pracowników domów pomocy (a nie świadczeniodawcę w rozumieniu wyżej przywołanych ustaw oraz ustawy o zoz) i finansowanie przez domy pomocy z odpłatności za pobyt w tych placówkach (a więc przez mieszkańców lub rodzinę bądź gminą). Działo się tak nie dlatego, że swoich obowiązków zaniedbali dyrektorzy domów czy władze Powiatu. Przyczyny są liczne, ale najważniejszą jest brak przepisów prawa umożliwiających świadczenie usług pielęgniarskich w domach pomocy adekwatnych do rzeczywistych potrzeb mieszkańców.

Pielęgnacja medyczna i rehabilitacja (także przyłóżkowa) potrzebne są mieszkańcom najbardziej chorym i niepełnosprawnym, zwłaszcza, że coraz częściej trafiają do domów pomocy z całodobowych placówek leczniczych (szpitale, ZOL i ZPO) lub hospicjów. Według badań przeprowadzonych wyrywkowo przez personel medyczny, w zależności od typu domu, od 35-75% mieszkańców domów pomocy kwalifikuje się do

całodobowej opieki i pielęgnacji długoterminowe. Odsetek osób wysoce niesamodzielnych w domach pomocy systematycznie wzrasta. Nie może być zatem wątpliwości, że powinny być one otoczone całodobową, fachową opieką pielęgniarska oraz mieć możliwość rahabilitacji.

Nieprawdziwe zatem jest stwierdzenie, że mieszkaniec dps „ma prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgniarskiej, jak osoba zamieszkująca w środowisku... „Trzeba pamiętać, że dlatego osoba trafiła do domu pomocy, że pomoc w środowisku okazała się niewystarczająca lub niemożliwa i chodzi tu nie tylko o sprawy opiekuńcze i bytowe lecz najczęściej także (lub przede wszystkim) medyczne. Gdyby było inaczej, osoby te najpewniej do placówki w ogóle by nie trafiły. Pomoc dzienna, typu środowiskowego, którą proponuje Ministerstwo jest po prostu nieadekwatna do potrzeb ogromnej ilości mieszkańców ciężko, obłożnie i nieuleczalnie chorych oraz wysoce niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Dyrektorzy domów pomocy zatrudniają dziś pielęgniarki bez potrzeby lecz z poczucia odpowiedzialności za adekwatne do potrzeb zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Podkreślam, że dzienna opieka pielęgniarska, to świadczenie niewystarczające, a tylko takie świadczenia możliwe są dziś – teoretycznie - do zakontraktowania w NFZ.

Na przeszkodzie realizacji opieki pielęgniarskiej i rehabilitacji według reguł proponowanych powiatom przez Ministerstwo stoją jeszcze inne względy. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej musi służyć pomocą aż 2500 populacji. Oczywistym jest, że u swoich depeesowskich podopiecznych mogłaby być tylko chwile i bardzo rzadko. Z tego względu, mimo że usługa ta jest częścią kontaktu zoz, nie jest de facto świadczona.

Natomiast wszystkie dostępne świadczenia w opiece długoterminowej mają charakter czasowy, na ogól na 6 miesięcy. Tymczasem mieszkańcy domów pomocy wymagają intensywnej pielęgnacji (np. przeciwodleżynowej, karmienia zgłębnikiem, cewnikowania, iniekcji dożylnych itp.) przez całe lata, aż do końca życia. To kolejna przyczyna, dla której dyrektorzy domów nie mogli korzystać z takich ścieżek. To samo dotyczy grupowych i indywidualnych praktyk pielęgniarskich.

Również zakłady opieki zdrowotnej nie przejawiły inicjatywy kontraktowania usług w opiece długoterminowej dla mieszkańców domów pomocy, gdyż w świetle obowiązujących przepisów, domy pomocy musiałyby wówczas spełnić wymagania (standardy) takie same jak „macierzysta" siedziba zakładu. Wymagałoby to sporych nakładów finansowych po stronie zoz, przy relatywnie bardzo

niskiej opłacalności, kłopotliwej usługi. Przyjęcie takiego rozwiązania powodowałoby ponadto, że dom pomocy nie miałby wpływu na zakres kontaktu oraz miałby trudności z wyegzekwowaniem jakości świadczeń. W sytuacji odrębnych pracodawców dla personelu medycznego i pozostałych zatrudnionych, pole do konfliktu byłoby bardzo duże.

Już dzisiaj jednak wiadomo, że bez zmiany ustawy o zoz oraz ustawy o pomocy społecznej oraz zasad kontaktowania usług długoterminowych w dps przez NFZ, wszelkie rozwiązania na gruncie obecnych przepisów prawnych i warunków stawianych przez Fundusz, skazane będą na porażkę: będą niemożliwe do realizacji bądź nieadekwatne do potrzeb czyli doprowadza do znacznego obniżenia standardu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców.

Co rzeczywiście trzeba zrobić.

Czy oznacza to, że aktywność powiatów i starostów jest niewskazana?

Oczywiście nie. Powinniśmy wspólnie upominać się o takie przepisy, które umożliwią kontraktowanie w NFZ całodobowej opieki pielęgniarskiej, świadczonej długookresowo lub bezterminowo, w stosunku do zakwalifikowanych, najciężej chorych mieszkańców. W przeciwnym razie depeesowskie pielęgniarki, jako pracujące poza systemem ochrony zdrowia, będą odchodzić z placówek do lepiej płacących zoz, a ich zatrudnienie w dps oddalać będzie szansę godziwych zarobków dla pozostałych pracowników placówek.

Razem możemy wreszcie doprowadzić do sytuacji, w której mieszkańcy domów, jako ubezpieczeni otrzymają finansowane przez NFZ usługi - odpowiednie do ich stanu zdrowia.

DYREKTOR
Rafał Walter