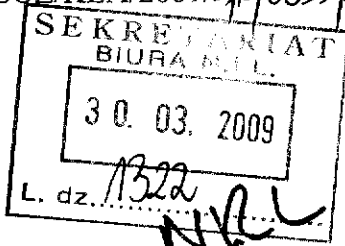


znak: CF/DSOZ/KLA/2009/016/0095/05822

Warszawa, dnia 26.03.2009r.



Maciej Kluziak
Dr Zdzisław

Sz. P.

Maciej Kluziak

Konsultant Wojewódzki ds. Medycyny Paliatywnej

Województwa Wielkopolskiego

W nawiązaniu do pisma z dnia 10 stycznia 2009 r. bardzo dziękuję za przekazanie swoich spostrzeżeń i doświadczeń w opiece nad chorymi paliatywnymi. W odpowiedzi na Pana pismo proszę przyjąć następujące wyjaśnienie:

Ustalając przepisy w zarządzeniu zawierania umów na 2009 r. Fundusz korzystał przede wszystkim z literatury przedmiotu, którą zaleca również Rzecznik Praw Obywatelskich w swoim piśmie skierowanym do Pani Minister Ewy Kopacz, tj. Wytycznych (Rekomendacji) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących organizacji opieki paliatywnej przyjętych przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 r. na 860 Konferencji Zastępców Ministrów. Rada Europy (redakcja polskiej wersji dokumentu: Jacek Łuczak), zwanych dalej wytycznymi dla państw członkowskich.

W sprawie wykazu schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką hospicyjną osoby dorosłe, uprzejmie informuję, że istnieją rozbieżności w propozycjach wykazu jednostek chorobowych, przedkładanych Funduszowi przez różne środowiska medyczne opieki paliatywnej. Oznacza to, że brak jest jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Ponadto zgodnie ze stanowiskiem Pani Minister Zdrowia wyrażonym w jednym z pism skierowanych do Funduszu, o dostępie do opieki paliatywnej powinny decydować względy medyczne a nie rozpoznana konkretna jednostka chorobowa. Dlatego też, Fundusz niejednokrotnie monitował, że w sprawie wykazu jednostek chorobowych, w opiece paliatywnej nad dorosłymi, należy opracować kryteria kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dorosłych, których gremium specjalistów medycyny

paliatywnej do chwili obecnej nie przedstawiło.

Fundusz uważa, że na obecnym etapie reformy w ochronie zdrowia należy przyjąć rozwiązania zaproponowane przez Fundusz. Dotychczas bowiem, zakłady opieki paliatywnej realizowały świadczenia zdrowotne dla chorych będących w terminalnym stanie zwłaszcza choroby nowotworowej. Dopiero w roku 2008 pojawił się szerszy zapis uwzględniający inne jednostki chorobowe, a więc obecnie znaczna część zakładów opieki paliatywnej nie jest dostatecznie przygotowana do objęcia wszystkich chorych z różnymi jednostkami chorobowymi. Również kwalifikacje pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej nie są jeszcze dostatecznie wysokie. Ponadto wytyczne dla państw członkowskich, dopuszczają realizację założeń „na ile są one wykonalne (...) uwzględniając specyfikę danego kraju” (s. 5)

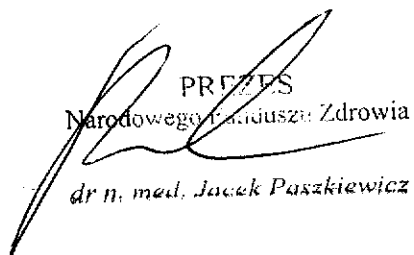
Analizując problem dotyczący wykazu schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką paliatywną, Fundusz posłużył się wytycznymi dla państw członkowskich, które stanowią, że „Przydatne jest rozróżnianie pomiędzy opieką paliatywną niespecjalistyczną i specjalistyczną. Niespecjalistyczne (konwencjonalne) jednostki zapewniają opiekę paliatywną, nie czyniąc z niej swojego głównego zajęcia. Są to pielęgniarki środowiskowe, lekarze ogólnie praktykujący, zespoły opieki domowej, szpitalne oddziały internistyczne, domy opieki. Większa część opieki paliatywnej jest i prawdopodobnie zawsze będzie sprawowana przez te niespecjalistyczne jednostki. W wielu przypadkach opieka ta będzie sprawowana bez interwencji specjalistów, w wielu przypadkach interwencje specjalistyczne z zakresu opieki paliatywnej będą wspomagać opiekę niespecjalistyczną, podczas gdy w niewielkim procencie przypadków specjaliści opieki paliatywnej będą musieli przejąć całkowitą opiekę. (s.35)”.

Pozostawienie bez zmian załącznika Nr 11, który dotyczy wykazu schorzeń kwalifikujących do objęcia opieką paliatywną osoby dorosłe, nie spowoduje ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych ani dyskryminacji chorych ze zwłóknieniem i marskością wątroby, niewydolnością nerek w okresie schyłkowym, ze schorzeniami skóry i tkanki podskórnej związanych z napromieniowaniem, ze stopą cukrzycową, ponieważ chorzy ci mają zapewnione świadczenia zdrowotne przez fachowych pracowników służby zdrowia zarówno w leczeniu szpitalnym (np. w oddziałach internistycznych, kardiologicznych, diabetologicznych, dermatologicznych), w leczeniu specjalistycznym jak również w podstawowej opiece zdrowotnej. Pacjent paliatywny, umierający z powodu różnych schorzeń, znajduje się w każdym rodzaju świadczeń zdrowotnych. Znaczna część opieki paliatywnej jest i zawsze będzie sprawowana przez te placówki a tylko niewielki procent pacjentów paliatywnych przejmą specjaliści opieki paliatywnej. Pacjent z ww jednostkami chorobowymi, który przebywa w szpitalu ma zapewnioną opiekę pielęgniarską i lekarską przez 24 godziny. W hospicjum

stacjonarnym natomiast świadczenia lekarza nie są zapewnione przez 24 godziny, a w opiece paliatywnej domowej lekarz u pacjenta dostępny jest nie mniej niż 2 razy w miesiącu.

Pragnę podkreślić, że dostępność lekarza w opiece paliatywnej domowej „nie mniej niż 2 wizyty w miesiącu” został zmieniony w porównaniu do 2000 r. - gdzie lekarz dostępny był dwa razy w tygodniu, w wyniku nacisków różnych środowisk i organizatorów opieki paliatywnej działających dla „dobra” pacjenta umierającego.

Odnosnie „Karty wizyt w domu chorego”, która powinna być prowadzona przez zakłady opieki paliatywnej domowej uprzejmie informuję, że intencją Funduszu nie jest tworzenie atmosfery podejrzeń o nierzetelne wykonywanie obowiązków przez zespół medyczny, lecz potwierdzenie wykonania świadczenia, analogicznie jak w świadczeniach realizowanych w rehabilitacji, pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej czy też wykonywanych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, za które wydawane są publiczne środki finansowe.


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz

Do wiadomości:

1. A. Ciałkowska-Rysz Konsultant Krajowy
w dziedzinie Medycyny Paliatywnej
2. K. Radziwiłł Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
3. J. Talaga Dyrektor Szpitala Klinicznego w Poznaniu
4. Z. Nowodworska Dyrektor WOW NFZ