

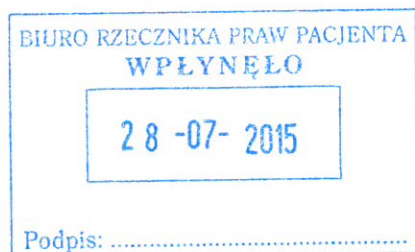


MINISTERSTWO  
PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, 23 lipca 2015 r.

*Elżbieta Seredyn*  
Podsekretarz Stanu

DPS-V.071.4.2015.WW  
L.dz. 5377



**Pani**  
**Krystyna Barbara Kozłowska**  
**Rzecznik Praw Pacjenta**

*Szanowne Pani Minister*

Odpowiadając na pismo z dnia 22 czerwca 2015 r., znak RzPP-ZZP.420.34.2015, dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych osobom ubezwłasnowolnionym, zwłaszcza osobom przewlekle psychicznie chorym i osobom niepełnosprawnym intelektualnie, które są mieszkańcami domów pomocy społecznej, uprzejmie informuję, że dotychczas do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wpłynęły dwa sygnały o problemach z korzystaniem przez te osoby ze świadczeń opieki zdrowotnej. Obie informacje dotyczyły kwestii związanych z zapewnieniem opieki w/w osobom przewożonym przez zespół ratownictwa medycznego na szpitalny oddział ratunkowy, czyli tego, na co Pani Rzecznik zwraca uwagę w swoim wystąpieniu.

Uprzejmie zatem wyjaśniam, że ani ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.) ani rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 964), nie nakładają obowiązku obecności pracownika domu pomocy społecznej w karetce podczas transportu medycznego mieszkańca DPS do szpitala. Z kolei ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) w odniesieniu do osób ubezwłasnowolnionych całkowicie określa, że zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie świadczeń zdrowotnych wyraża przedstawiciel ustawowy – opiekun prawny, a w razie jego braku (np. z powodu nieobecności wynikającej np. z faktu zamieszkiwania w miejscowości znacznie oddalonej od miejsca

lokalizacji DPS) zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić opiekun faktyczny w DPS, bowiem sprawuje faktycznie stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny wymaga opieki osób trzecich. Korzystanie z tej możliwości powinno jednak zdarzać się rzadko i to tylko w wyjątkowych przypadkach, a opiekun ustanowiony przez sąd powinien być niezwłocznie zawiadomiony o zaistniałej sytuacji i jak najszybciej przejąć obowiązki związane ze sprawowaniem opieki nad tą osobą, w tym obowiązki związane z wyrażaniem zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie - zdaniem Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej – to na osobie kierującej domem pomocy społecznej spoczywa obowiązek zorganizowania pracy podległego mu personelu w taki sposób, aby zapewniona była ciągłość opieki nad mieszkańcami w sytuacji gdy jeden z pracowników musi natychmiast opuścić swoje stanowisko pracy m. in. z powodu konieczności zawiezienia jednego z mieszkańców do szpitala, do lekarza lub na badania.

Pragnę podkreślić, że niestety dostępność do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców domów pomocy społecznej jest od wielu lat utrudniona, pomimo ściśle określonego w przepisie art. 58 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej obowiązku, zgodnie z którym DPS umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu z takich świadczeń przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów. Co prawda istnieje możliwość wydzielenia - w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego – jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych np. na terenie domu pomocy społecznej, którą daje ustawa z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618), jednak w praktyce takie działania nie są podejmowane. Natomiast na podstawie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (tekst jedn. Zarządzenie Nr 32/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015r.) stawka kapitacyjna dla podopiecznych domów pomocy społecznej zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wynosi 2,5 (wobec 2 dla pacjentów powyżej 65 roku życia), a do pielęgniarstwa – 3,5. Może więc dobrym rozwiązaniem zapewniającym prawidłową realizację świadczeń opieki zdrowotnej oraz lepszy dostęp mieszkańców DPS do tych świadczeń byłoby nałożenie na podmioty lecznicze, działające na terenie lokalizacji DPS, w których przebywa znaczna liczba mieszkańców, ustawowego obowiązku utworzenia w/w jednostek organizacyjnych.

Coraz częściej i liczniej zgłaszane są problemy związane z dostępem mieszkańców domów pomocy społecznej zwłaszcza do usług pielęgniarstwa oraz do opieki psychologicznej lub psychiatrycznej. Na trudności w korzystaniu z pomocy w/w specjalistów zwraca też uwagę

Rzecznik Praw Obywatelskich w Raporcie z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji w 2014 r.

Dodatkowo, także w opinii Rzecznika Praw Obywatelskich, mieszkańcy DPS – będący głównie osobami starszymi, chorymi lub niepełnosprawnymi - powinni być objęci stałą, regularną opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz rehabilitantów, którzy zapewniliby im systematyczne niezbędne wsparcie medyczno-rehabilitacyjne. Trzeba bowiem pamiętać, że w takich jednostkach przebywają osoby niemogące samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Kolejnym z istotniejszych problemów w domach pomocy społecznej jest stosowanie w niektórych z nich przymusu bezpośredniego na podstawie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231 poz. 1375, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. z 2012 r. poz. 740). Zgodnie z przepisami tej ustawy – w sytuacji braku lekarza - o konieczności zastosowania tego środka wobec mieszkańca DPS decyduje pielęgniarka.

Z informacji uzyskanych od Wojewódzkich Medycznych Konsultantów w dziedzinie psychiatrii (za pośrednictwem wojewodów) wynika, że przeszkodami w prawidłowym i bezproblemowym stosowaniu w/w przepisów są m. in.: wymóg dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza psychiatrę, upoważnionego przez marszałka województwa, czyli przeniesienie odpowiedzialności na samorząd województwa, pomimo że problematyka objęta jest regulacjami z zakresu ochrony zdrowia, nieuregulowanie kwestii źródeł finansowania działalności upoważnionych Konsultantów, brak szczegółowych procedur postępowania w przypadku mieszkańców domów pomocy społecznej, bowiem obowiązujące przepisy odnoszą się głównie do szpitali psychiatrycznych, oraz brak regulacji dotyczących obowiązku zatrudniania w DPS personelu medycznego i jego finansowania w kontekście nałożenia na personel medyczny obowiązku podejmowania decyzji w zakresie zastosowania przymusu bezpośredniego. W obecnym stanie prawa często mamy do czynienia z podwójnym finansowaniem takich świadczeń – ze środków samorządu, w tym z opłat wnoszonych przez mieszkańców, oraz ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym lekarze i pielęgniarki zawierają kontrakty na świadczenie usług opieki zdrowotnej.

Również podawanie mieszkańcom leków, zwłaszcza leków psychotropowych, przez pracowników DPS staje się problematyczne w określonych sytuacjach. Nie wszystkie DPS

zatrudniają na stałe pielęgniarki, które świadczą usługi całodobowo przez 7 dni w tygodniu, więc możliwość korzystania z profesjonalnej pomocy jest dla większości mieszkańców znacznie ograniczona.

Jak wynika ze stanowiska Ministerstwa Zdrowia w powyższej sprawie – z punktu widzenia ochrony zdrowia - domy pomocy społecznej są tożsame z domami rodzinnymi. Przebywające w nich osoby przewlekle chore mają możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych na tych samych zasadach co osoby o identycznym stanie zdrowia i identycznych potrzebach zdrowotnych, przebywające w domu rodzinnym. Pracownicy domów pomocy społecznej współpracując w procesie pielęgnacji swoich podopiecznych realizują te same zadania, co bliscy chorego w jego domu rodzinnym, w tym – w razie konieczności – podają także niezbędne leki niezależnie od ich rodzaju i sposobu aplikowania. Natomiast, jeżeli podanie leku (np. insuliny lub żywności przez gastrostomię albo leków psychotropowych) wymaga udziału pielęgniarki, lekarz powinien zlecić wykonanie tego zadania pielęgniarcze środowiskowej. Jednakże w rzeczywistości wygląda to zupełnie inaczej, ponieważ w sytuacji konieczności podawania takich leków, zwłaszcza w nocy lub w święto, obowiązek ten spoczywa wyłącznie na pracownikach DPS. Jednakże pozostali pracownicy wchodzący w skład zespołów terapeutyczno – opiekuńczych często obawiają się – z powodu braku odpowiednich kwalifikacji medycznych – podawania w/w bardzo specjalistycznych leków.

Dużym problemem jest też ograniczenie możliwości korzystania z usług pielęgniarek w ramach opieki długoterminowej. W wielu domach pomocy społecznej, w których jest znaczne zapotrzebowanie na takie świadczenia, praktycznie nie są one realizowane z powodu bardzo ograniczonych środków finansowych przeznaczanych na ten cel przez wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. A przecież wiadomo, że najskuteczniejsza i w dodatku najtańsza jest opieka świadczona w miejscu zamieszkania osoby o dużym stopniu niesamodzielności.

Innym, coraz częściej poruszonym zagadnieniem, jest kwestia wysokości wynagrodzeń za pracę pielęgniarek, które są pracownikami domów pomocy społecznej, więc nie mają zawartych kontraktów z NFZ. Ministerstwo Zdrowia planuje wzrost wynagrodzeń pielęgniarek, jednak nie uwzględniono pielęgniarek wykonujących swoją pracę (często w znacznie trudniejszych warunkach i bardziej odpowiedzialną) w podmiotach innych niż podmioty lecznicze (np. w DPS).

Widząc duże zainteresowanie Pani Rzecznik koniecznością rozwiązania problemów związanych z dostępem mieszkańców domów pomocy społecznej do świadczeń opieki zdrowotnej zwracam się z uprzejmą prośbą o wspieranie działań Ministerstwa Pracy i Polityki

Spółecznej na rzecz osób niesamodzielnych, chorych, niepełnosprawnych, lub wręcz inicjowanie nowych, których celem byłoby systemowe rozwiązywanie głównych problemów.

Jednocześnie podkreślam, że zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464) lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. W przypadku pacjentów niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody, niemających przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych jedynie po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Nie można jednak zapominać, że problemy wskazane przez Panią Rzecznik wynikają głównie z braku wystarczających środków finansowych, które są przeznaczane na świadczenia zdrowotne w domach pomocy społecznej, zarówno przez samorządy terytorialne jak i Narodowy Fundusz Zdrowia oraz braku bardziej szczegółowych przepisów regulujących kwestie świadczenia takich usług mieszkańcom w/w jednostek.

Niezależnie od wymienionych powyżej przyczyn, dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej dla mieszkańców DPS mógłby być lepszy, gdyby w sytuacjach trudniejszych zarówno pracownicy zespołu ratownictwa medycznego, jak i pracownicy domów pomocy społecznej, na zasadach dobrej współpracy kierowali się przede wszystkim dobrem osób niesamodzielnych, chorych, niepełnosprawnych.

Ponadto informuję, że w związku z koniecznością m. in. zwiększenia możliwości korzystania przez mieszkańców DPS ze świadczeń zdrowotnych Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało projekt założeń projektu ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw, który przewiduje poprawę dostępności do tych świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez wprowadzenie rozwiązań zrównujących uprawnienia osób przebywających w domach pomocy społecznej i pozostałych osób korzystających z usług podmiotów leczniczych. W celu zrealizowania tego założenia dopuszcza się ewentualną modyfikację istniejącego systemu, form świadczenia usług zdrowotnych, struktur organizacyjno – prawnych umożliwiających ich udzielanie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi wykonywania działalności leczniczej, oraz warunków realizacji gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Ponadto planuje się uregulowanie kwestii dotyczących kontaktów osób ubezwłasnowolnionych ze światem zewnętrznym, ponieważ w tym zakresie również sygnalizowane są problemy.

Powyższy projekt został skierowany na Stały Komitet Rady Ministrów. Aktualnie jest uzgadniany z Ministerstwem Finansów w zakresie skutków finansowych planowanych zmian, przy czym w obecnej chwili trudno ocenić jakie decyzje podejmie Rada Ministrów i czy w/w dokument zostanie zatwierdzony i możliwe będzie zakończenie prac legislacyjnych. W przypadku pozytywnej decyzji równolegle będą prowadzone prace legislacyjne dotyczące zmiany rozporządzenia z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 964).

W związku z przedstawionymi powyżej kwestiami, dotyczącymi utrudnień w dostępie mieszkańców DPS do świadczeń opieki zdrowotnej, liczę na wsparcie Pani Rzecznik w działaniach na rzecz poprawy istniejącego stanu i rozwiązywania największych problemów w tym obszarze.

*Z poważaniem*

**PODSEKRETARZ STANU**  
*Sm*  
**Elżbieta Seredyn**

Ministerstwo  
Pracy i Polityki Społecznej  
Departament Pomocy  
i Integracji Społecznej  
ul. Nowogrodzka 1/3/5  
00-513 Warszawa

DPS-V.071.4.2015, Wk.  
do dn. 5377

Pani  
Krzyszto Barbara Ko  
Kierownik Przewodnicząca  
Biuro Bezpieczeństwa Pr  
Pracjente  
ul. Młynarska 46  
01-171 Warszawa