

FORUM HOSPICJÓW POLSKICH List nr 04 12 luty 2018 r.

KRS 0000289910, Regon 120599343, NIP 6783047971

Konto: Bank Pekao S.A. Nr 97 1240 1431 1111 0010 1863 8924

Adres do przekazania informacji, którą chcemy się podzielić z innymi Hospicjami:

Zarząd FHP ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków, tel/fax 12 641 46 59,

e-mail: zarzad@hospicjum.org

WAŻNE !

W Liście nr 3 zostały podane informacje dotyczące konsultacji społecznych projektu nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Projekt jest opublikowany na [stronie Rządowego Centrum Legislacji](#).

W związku z tym, że Zarząd FHP nie otrzymał żadnych uwag do powyższego projektu możemy uważać, że proponowane zapisy odpowiadają Hospicjom, lub Państwo sami wysłali już swoje uwagi do Centrum Legislacji.

Jeżeli projekt wejdzie w życie bez poprawek to oprócz poszerzenia znacznika nr 1 o wpisanie stwierdzenia rozszerzonego do wykazu nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób, w których udzielane są świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeń opiekuńczych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, które mogą być udzielane przez opiekunów medycznych (bez podania w załączniku nr 2 liczby opiekunów na 10 łóżek) będzie stosowana przez hospicja karta kwalifikacji do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej pacjentów dorosłych, która zawiera zapisy:

Zgłoszenie chorego do opieki paliatywnej i hospicyjnej będzie wymagało skierowania lekarza pierwszego kontaktu oraz karty kwalifikacyjnej.

Kartą wypełnia dwóch lekarzy:

Część pierwszą, która zawiera imię i nazwisko chorego, PESEL, adres, rozpoznanie choroby podstawowej, choroby współistniejące oraz zakresła odpowiedzi:

- zdyskwalifikowano do leczenia przyczynowego
- zakończono leczenie przyczynowe
- pacjent wymaga leczenia objawowego równoległe z przyczynowym
- pacjent wymaga leczenia stanu naglącego w warunkach leczenia szpitalnego (czy będzie mógł być skierowany do hospicjum stacjonarnego, które jest teraz w kodach „ośrodki (zespoły) opieki pozaszpitalnej – hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej a oddział medycyny paliatywnej jest w części szpitalnej ?)

Data i podpis lekarza

wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub przy zmianie formy opieki (przejście np. z hospicjum domowego do PMP), zmianie stanu chorego lekarz medycyny paliatywnej - zapis w rozporządzeniu, a na karcie jest zapis lekarz specjalista z medycyny paliatywnej.

Część druga II która zawiera zapisy dotyczące rozważenia lub wykluczenia konieczności diagnostyki /lub leczenia stanu naglącego tabela nr 2 wypełnia według rozporządzenia lekarz medycyny paliatywnej a według karty lekarz specjalista z medycyny paliatywnej. Część druga to zakresienie 7 objawów określających stany naglące. Następnie wypełnia tabelę nr 3 zawierającą 14 stanów sprawności i natężenia objawów typu np. zaburzenia połykania, uporczywej czkawki, świąd. Każdy stan należy zidentyfikować za pomocą odpowiedniej skali punktów, która jest podana dla danego objawu. Na zakończenie wypełniania tabeli 3 specjalista z medycyny paliatywnej sumuje punkty i na ich podstawie określa w tabeli nr 4 Czy choroba ma niekorzystne lub niepewne rokowania przeżycia oraz występuje 1 lub więcej stan naglący (tab. 2), który nie wymaga diagnostyki lub leczenia w warunkach leczenia szpitalnego lub natężenie objawów (tab. Nr 3) – suma punktów większa lub równa 10. Do objęcia dowolną formą opieki paliatywnej wymagane jest spełnienie obu powyższych kryteriów jednocześnie. W przypadku niespełnienia jednego z kryteriów, pacjent może być skierowany do poradni medycyny paliatywnej. Pacjentów, u których rozpoznaje się stan naglący (tab.2) lub ból o nasileniu większym lub równym 6 pkt lub duszność 6 pkt lub objawy łącznie więcej lub równe 20 pkt, można skierować w trybie pilnym do oddziałów stacjonarnej opieki paliatywnej lub opieki domowej.

Tabela nr 5 kwalifikacja – wypełnia ją specjalista z medycyny paliatywnej lub lekarz zatrudniony w ośrodku medycyny paliatywnej - zawiera dwie rubryki
- pacjent kwalifikuje się do opieki paliatywnej i hospicyjnej stacjonarnej lub domowej lub poradni
- pacjent nie kwalifikuje się do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wskazana kolejna ocena kwalifikacyjna w terminie

Pod tabelą nr 5 uwaga: weryfikacja kwalifikacji w przypadku zamiaru zmiany formy opieki, wypisania z hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej, lub zmiany stanu zdrowia.

Data i podpis lekarza

Ministerstwo Zdrowia określa, że nowe przepisy wejdą w życie 1 lipca 2018 r.

Konsultacje społeczne: Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 284) został zamieszczony w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny. **Uwagi do projektu można też przekazywać na adres: uwagi.swiadczenia.gwarantowane@mz.gov.pl w terminie do dnia 27 lutego 2018 r.**

Zarząd FHP uważa, że zapisy karty są niespójne z rozporządzeniem (lekarze i formy opieki), wypełnienie tabel nr 2,3,4 w karcie wymaga oglądnięcia chorego przez lekarza hospicyjnego, karta nie uwzględnia spraw związanych z sprawami chorych samotnych bezdomnych lub wymagających objęcia opieką z innych przyczyn.

Mamy gorącą prośbę do przesłania przemyśleń na adres: stoklosa@hospicjum.org celem zredagowania wspólnego stanowiska Forum.

Tak na marginesie – warto przeczytać uzasadnienie, w którym między innymi jest zapisane, że zmiana wpłynie na konkurencyjność podmiotów realizujących świadczenia gwarantowane, gdyż umożliwi realizację świadczeń w przedmiotowym zakresie również przez opiekunów medycznych, którzy aktualnie realizują swoje świadczenia w podmiotach nie posiadających umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Na pocieszenie – już niedługo zastąpią nas roboty. www.portalprzemyski.pl

W oddziale ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala im. św. Ojca Pio w Przemyślu od kilku dni pracuje "elektroniczna pielęgniarka". Urządzenie to w ciągu około 1-1,5 minuty pozwala na szybką, ogólną ocenę stanu pacjenta. Urządzenie pozwala w krótkim czasie zobiektywizować stan pacjenta, minimalizując czynniki subiektywne, dzięki temu usprawnia pracę personelu, zwiększa bezpieczeństwo pacjentów i ułatwia szybkie badanie. "Elektroniczna pielęgniarka" bada takie parametry życiowe jak: ciśnienie krwi, tętno, temperaturę, saturację, a także parametry subiektywne, np. bóle w klatce piersiowej. Zastosowany w urządzeniu specjalny algorytm pozwala zoptymalizować czas segregacji pacjentów oraz pozwala zakwalifikować pacjenta w zależności od stopnia pilności.