

Minister Zdrowia

Warszawa, 20. 03. 2015

ZP-Z.073.20.2015

Pan
Jarosław Duda
Sekretarz Stanu w
Ministerstwie Pracy i
Polityki Społecznej

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pismem z dnia 30 stycznia 2015 r., znak: BON.VII.5241.1.12.2015.OD, L.dz. 1402/9547, w sprawie podejmowania działań w celu wdrażania postanowień zawartych w ratyfikowanej Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Minister Zdrowia w ramach swoich kompetencji stale podejmuje działania mające na celu poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz podnoszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Podstawę działań stanowią przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane, finansowane są ze środków publicznych, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przysługują zatem wszystkim świadczeniobiorcom, w tym osobom niepełnosprawnym, kwalifikującym się do danego typu leczenia. Zgodnie z art. 15 ust. 1 i 2 wskazanej ustawy świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;

- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 3) leczenia szpitalnego;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
- 10) ratownictwa medycznego;
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- 15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- 16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- 17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;
- 18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Wykaz wybranych aktów prawnych określających poszczególne zakresy gwarantowanych świadczeń zdrowotnych został zawarty w załączniku nr 1 do niniejszego pisma.

Podkreślenia wymaga, że przepisy ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138), wprowadziły zmiany w art. 148 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z nowym brzmieniem art. 148 ust. 3 ustawy

O świadczeniach, to minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego zgłoszone przez Pana Ministra postulaty dotyczące zapewnienia osobom niepełnosprawnym odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i warunków ich realizacji zostaną poddane szczegółowej analizie podczas prac nad ww. rozporządzeniem.

W dniu 1 stycznia 2014 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz.1565). Zasadnicze zmiany w tym zakresie nie były dokonywane na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat (ok. 14 lat). Minister Zdrowia mając świadomość trudnej sytuacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych podjął niezbędne

1 zdecydowane działania naprawcze wychodzące naprzeciw oczekiwaniom tej grupy społecznej, dokonując zmian w przepisach regulujących zasady zaopatrywania osób niepełnosprawnych wyroby medyczne podlegające finansowaniu ze środków publicznych. Nowy akt prawny zawiera katalog wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wraz z określeniem limitów ich finansowania ze środków publicznych, wysokości udziału własnego pacjenta w tym limicie oraz kryteria ich przyznawania, przy jednoczesnym uwzględnieniu skuteczności i bezpieczeństwa ich stosowania, sposobu ich wytwarzania, oraz możliwości płatniczych podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Rozwiązania zawarte w rozporządzeniu wprowadziły podniesienie limitów finansowania większości wyrobów medycznych np. wszystkich protez kończyn górnych i dolnych, aparatów słuchowych, kul, lasek dla niewidomych, sprzętu dla pacjentów z mukowiscydozą, poduszek przeciwoodleżynowych. Rozszerzono grono lekarzy uprawnionych do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, np. uwzględniono: lekarzy geriatrów do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne, poduszki i materace przeciwoodleżynowe, balkoniki albo podpórki ułatwiające chodzenie, lekarzy audiologów i foniatrów do wystawiania zleceń na aparaty słuchowe.

Wśród licznych zmian należy w szczególności zwrócić uwagę, iż do rozporządzenia wprowadzono nowe rozwiązania. Wskazano, iż pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje prawo do kontynuacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane comiesięcznie: cewniki i worki

do zbiórki moczu, sprzęt stomijny dla osób z wylonioną stornią środki absorpcyjne, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych. Jednocześnie dokonano poszerzenia grona lekarzy uprawnionych do wystawiania zleceń na to zaopatrzenie w hospicjach domowych o lekarzy udzielających świadczeń w tych hospicjach.

Skrócono okresy użytkowania na niektóre wyroby medyczne np. obuwie ortopedyczne dla dzieci (z raz na rok do raz na 6 miesięcy), systemy wspomagające słyszenie (z raz na 10 lat do raz na 5 lat), wózki inwalidzkie wykonane ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, wózki inwalidzkie specjalne (z raz na 5 lat do raz na 4 lata).

W zakresie zmian dotyczących refundacji środków absorpcyjnych dokonano poszerzenia kręgu osób uprawnionych do refundacji środków absorpcyjnych o dzieci do 3. roku życia wymagające takiego zaopatrzenia. Ponadto dla pacjentów nowotworowych zniesiono współpłacenie przy zaopatrzeniu tych pacjentów w zamienniki pieluch anatomicznych, wprowadzając tym samym zerowy współudział pacjentów nowotworowych w limicie finansowania ze środków publicznych dla wszystkich środków absorpcyjnych.

Wprowadzono do katalogu refundowanych wyrobów medycznych nowe pozycje

- ortezę recyprokalną, urządzenie multifunkcyjne z funkcją pionizacji, stabilizacji w pozycji siedzącej leżącej z funkcją transportową sprzęt do indywidualnej fizjoterapii układu oddechowego dla pacjentów z mukowiscydozą. Objęto refundacją rękawy i nogawice uciskowe, dla pacjentów po przebytej rehabilitacji, podczas której leczono obrzęki limfatyczne pierwotne i wtórne III, IV i V stopnia. Dokonano poszerzenia kręgu osób uprawnionych do refundacji zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej
- o pacjentów powyżej 26. roku życia, przy wskazaniach medycznych leczenie cukrzycy typu I przy użyciu pompy insulinowej, z 30% udziałem własnym świadczeniobiorcy w limicie ceny.

Jednocześnie pragnę podkreślić, że od momentu wejścia w życie ww. aktu prawnego prowadzone są prace analityczne i koncepcyjne będące podstawą do opracowania nowych rozwiązań systemowych, które mamy nadzieję przyczynia się do poprawienia sytuacji społeczno-bytowej tej grupy społeczeństwa. Dodatkowo monitorowane są zapisy rozporządzenia w celu ich ewentualnego uszczegółowienia tak by zostały wyeliminowane potencjalne trudności interpretacyjne. Należy zaznaczyć, że wszelkie zmiany w przepisach prawa wpływające na budżet płatnika muszą być poddane wnikliwej analizie i muszą uwzględniać rzeczywiste możliwości finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia. Warto również dodać, że w przypadku wypracowania

ewentualnych zmian w przepisach prawa będą one poddane szerokim konsultacjom zewnętrznym.

Odnosząc się do zasygnalizowanych w wystąpieniu Pana Ministra przypadków niewystarczającego przygotowania personelu medycznego do obsługi osób niepełnosprawnych, uprzejmie wyjaśniam, iż kształcenie w zakresie niepełnosprawności jest prowadzone zarówno w czasie studiów na kierunku lekarskim, jak również w ramach lekarskiego stażu podyplomowego, realizowanego bezpośrednio po studiach, obowiązującego wszystkich lekarzy, którzy ubiegają się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu, a także w ramach odbywanego przez lekarzy szkolenia specjalizacyjnego.

Prowadzenie kształcenia na kierunku lekarskim regulują obecnie:

- 1) rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r. poz. 631);
- 2) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych oraz sposobu ich odbywania, dokumentowania i zaliczania (Dz. U. z 2012 r. poz. 900).

Powyższe rozporządzenia wyznaczają efekty kształcenia, wypełniając tym samym wymóg rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego (Dz. U. Nr 253, poz. 1520), w związku z czym określają jedynie wiedzę i umiejętności, jakie powinien posiadać absolwent kierunku lekarskiego, nie wprowadzając rozkładu poszczególnych zajęć w toku studiów. Na podstawie wymogów zawartych w ww. przepisach, uczelnie autonomicznie ustalają program studiów, w tym harmonogram kształcenia.

Zgodnie z ww. rozporządzeniami absolwent kierunku lekarskiego w odniesieniu do problematyki dotyczącej niepełnosprawności:

- 1) w zakresie nabytej wiedzy:
 - rozumie znaczenie niepełnosprawności w relacji do postaw społecznych, konsekwencje społeczne niepełnosprawności i bariery społeczno-kulturowe,
 - zna i rozumie pojęcie kalectwa, inwalidztwa i niepełnosprawności,
 - zna rolę i metody stosowane w rehabilitacji medycznej oraz aktualną koncepcję jakości życia uwarunkowaną stanem zdrowia,

potrafi zinterpretować miary częstości występowania niepełnosprawności;

2) w zakresie nabytych umiejętności:

- dokonuje oceny funkcjonalnej pacjenta niepełnosprawnego,
- proponuje program rehabilitacji w najczęstszych chorobach;

Natomiast w odniesieniu do kwestii szkolenia lekarzy w zakresie niepełnosprawności realizowanego w czasie stażu podyplomowego należy wskazać, że staż podyplomowy jest prowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września

2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474).

Celem stażu podyplomowego jest pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności z zakresu zapobiegania, rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących chorób, postępowanie w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, a także przyswojenie wiedzy z zakresu transfuzjologii, bioetyki, prawa medycznego

i orzecznictwa lekarskiego, jako przygotowanie lekarza do samodzielnego wykonywania zawodu.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza

i lekarza dentysty oraz *Ramowym programem stażu podyplomowego lekarza*, stanowiącym załącznik nr 1 do tego rozporządzenia, staż podyplomowy lekarza obejmuje m.in. szkolenie dotyczące niepełnosprawności w ramach stażu z zakresu orzecznictwa lekarskiego, którego program przedstawia się następująco:

1. Rodzaje świadczeń z ubezpieczeń społecznych oraz warunki nabywania do nich uprawnień.
2. Zasady i tryb przyznawania oraz ustalania wysokości i wypłaty świadczeń.
3. Zasady i tryb orzekania o:
 - 1) czasowej niezdolności do pracy;
 - 2) potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej;
 - 3) okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego;
 - 4) celowości przekwalifikowania zawodowego;
 - 5) niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 6) niezdolności do samodzielnej egzystencji;
 - 7) procentowym uszczerbku na zdrowiu;
 - 8) niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym;
 - 9) niepełnosprawności.
4. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z orzekaniem

w sprawach, o których mowa w ust. 3 omawianego aktu prawnego.

Ponadto, w ramach stażu cząstkowego w dziedzinie chorób wewnętrznych, odbywanego w ramach stażu podyplomowego, lekarz poznaje problemy ogólnolekarskie z zakresu chorób wewnętrznych, w tym epidemiologię chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem tych, które powodują przewlekłe inwalidztwo lub są przyczyną wysokiej absencji chorobowej.

Jednocześnie należy wskazać, że szkolenie w zakresie zagadnień związanych z niepełnosprawnością zostało również uwzględnione w programach specjalizacji realizowanych przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w poszczególnych dziedzinach medycyny, na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).

Zgodnie z programami specjalizacji dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, lekarze ci są zobowiązani do zrealizowania i zaliczenia jednolitego dla wszystkich specjalizacji kursu z zakresu orzecznictwa lekarskiego, którego zakres wiedzy obejmuje następujące zagadnienia:

- 1) system zabezpieczenia społecznego choroby i jej następstw w Polsce;
- 2) rodzaje świadczeń z zabezpieczenia społecznego oraz warunki ich nabywania;
- 3) ogólne zasady i tryb przyznawania świadczeń dla ubezpieczonych i ich rodzin;
- 4) rola i zadania lekarzy leczących w procesie ubiegania się przez pacjenta o przyznanie świadczeń z zabezpieczenia społecznego;
- 5) rola orzecznictwa lekarskiego w zabezpieczeniu społecznym;
- 6) zasady i tryb orzekania lekarskiego o:
 - a) czasowej niezdolności do pracy,
 - b) potrzebie rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej,
 - c) okolicznościach uzasadniających przyznanie uprawnień do świadczenia rehabilitacyjnego lub przedłużonego okresu zasiłkowego,
 - d) celowości przekwalifikowania zawodowego,
 - e) prawie do renty socjalnej,
 - f) niezdolności do pracy zarobkowej i jej stopniach,
 - g) całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym,
 - h) inwalidztwie funkcjonariuszy i żołnierzy zawodowych,
 - i) niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - j) okresie trwania: niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, niezdolności do samodzielnej egzystencji,

- k) niepełnosprawności dzieci i dorosłych,
- l) procentowym uszczerbku na zdrowiu;
- 7) opiniodawstwo sądowo-lekarskie;
- 8) Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF);
- 9) orzecznictwo lekarskie w ubezpieczeniach komercyjnych;
- 10) rola kompleksowej rehabilitacji w prewencji rentowej.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego. Doskonalenie zawodowe lekarzy jest prowadzone na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a zgodnie z art. 18 ust. 2 ww. ustawy Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, sposób dopełnienia ww. obowiązku.

W wykonaniu ww. upoważnienia zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326, z późn. zm.), zgodnie z którym, doskonalenie zawodowe lekarza obejmuje aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego poprzez odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, nabywanie umiejętności zawodowych z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenie w innych formach kształcenia. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza polega na stałej aktywności zawodowej. Lekarz potwierdza aktywność zawodową poprzez uzyskiwanie 200 punktów edukacyjnych, obliczonych w 4-letnich okresach rozliczeniowych. Dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza okręgowa rada lekarska potwierdza przez dokonanie wpisu w okręgowym rejestrze lekarzy oraz w dokumencie "Prawo wykonywania zawodu lekarza". Liczbę punktów edukacyjnych odpowiadających poszczególnym formom doskonalenia zawodowego określa załącznik nr 3 do ww. rozporządzenia.

Zgodnie z art. 19 ustawy zawodach lekarza i lekarza dentysty - kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów mogą prowadzić:

1. podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;

2. inne podmioty niż wymienione w pkt 1 uprawnione do kształcenia podyplomowego na podstawie odrębnych przepisów, w szczególności: medyczne szkoły wyższe, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medyczne jednostki badawczo-rozwojowe;
3. inne podmioty niż wymienione w pkt 1 i 2 po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, zwane dalej "organizatorami kształcenia".

Warunkami prowadzenia kształcenia podyplomowego są:

1. posiadanie planu kształcenia realizowanego w określonym czasie zawierającego w szczególności:
 - a) cel (cele) kształcenia,
 - b) przedmiot i zakres kształcenia, zgodny z aktualną wiedzą medyczną,
 - c) formę (formy) kształcenia,
 - d) wymagane kwalifikacje uczestników,
 - e) sposób (sposoby) weryfikacji wyników kształcenia,
 - f) sposób potwierdzania uczestnictwa i ukończenia kształcenia;
2. zapewnienie kadry dydaktycznej o kwalifikacjach odpowiednich dla danego rodzaju kształcenia;
3. zapewnienie odpowiedniej do realizacji programu kształcenia bazy dydaktycznej, w tym dla szkolenia praktycznego;
4. posiadanie wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia, uwzględniającego narzędzia oceny jakości kształcenia oraz metody tej oceny;
5. zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres kształcenia przez uprawnione podmioty i osoby posiadające uprawnienia oraz właściwe kwalifikacje do ich wykonywania.

Organem prowadzącym rejestr jest okręgowa rada lekarska właściwa dla siedziby organizatora prowadzenia kształcenia, a w przypadku okręgowej izby lekarskiej będącej organizatorem kształcenia Naczelna Rada Lekarska.

Szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu do rejestru oraz wzory dokumentów określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2006 r. w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2006 r. Nr 239, poz. 1739).

Zauważenia wymaga jednak, że ww. przepisy nie umożliwiają odgórnego narzucania tematyki szkoleń odbywanych przez lekarzy w ramach obowiązku doskonalenia

zawodowego. Szkolenia te obejmują szeroki zakres zagadnień, spośród których lekarze mają możliwość wyboru tematów pozostających w kręgu ich zainteresowań.

W opinii Ministerstwa Zdrowia nie ma przeszkód, żeby podmioty mające możliwość prowadzenia szkoleń z zakresu zagadnień dotyczących niepełnosprawności prowadziły takie szkolenia w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy, po uzyskaniu stosownego wpisu do rejestru podmiotów szkolących prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską.

W zakresie dotyczącym zaleceń związanych z wykorzystaniem funduszy europejskich w ramach nowej perspektywy finansowej na lata 2014-2020, na które Pan Minister zwrócił szczególną uwagę, uprzejmie informuję, iż zasada równości szans

i niedyskryminacji jest zasadą horyzontalną polityki spójności. W ramach realizacji zasady niedyskryminacji w ramach perspektywy finansowej 2014-2020 szczególny nacisk zostanie położony na działania dotyczące zapewnienia dostępności wszystkich usług i infrastruktury objętych interwencją EFSI dla wszystkich osób, w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami, co oznacza konieczność stosowania zasady uniwersalnego projektowania i racjonalnych usprawnień w procesie realizacji projektów finansowanych ze środków europejskich.

W przypadku projektów infrastrukturalnych przewidzianych w Programie Operacyjnym Infrastruktura i Środowisko, co do zasady promowane będą projekty, których jednym z elementów są zmiany techniczne istniejącej infrastruktury poprawiające dostępność dla osób niepełnosprawnych. Mając na uwadze powyższe, w ramach działań realizowanych w ramach XI osi priorytetowej „Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia”, jednym z kryteriów wyboru projektów będzie uwzględnienie w projekcie rozwiązań przyczyniających się do poprawy dostępności budynku dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

Zapewnianie dostępności dla osób z niepełnosprawnościami nie ogranicza się do fizycznej dostępności dla osób z niepełnosprawnością motoryczną. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na działania ukierunkowane na rozwój e-usług publicznych, które ułatwią dostęp do usług i informacji sektora publicznego osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności. Działania w obszarze ochrony zdrowia (e-Zdrowie) realizowane będą w ramach II celu szczegółowego Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa. Celem wsparcia będzie poszerzenie zakresu spraw, które obywatele i przedsiębiorcy mogą załatwić drogą elektroniczną. Usługi zostaną udostępnione przez organy administracji publicznej na poziomie centralnym, a ich

realizacja przez obywateli i przedsiębiorców możliwa będzie bez względu na miejsce inicjowania załatwienia danej sprawy.

W ramach ww. priorytetu skierowanego do e-usług publicznych, Ministerstwo Zdrowia planuje zrealizować projekty mające na celu dalsze zwiększanie dostępności do świadczeń zdrowotnych m.in. poprzez realizację projektów takich jak np. upowszechnianie wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, telemedycyny, rozwinięcie funkcjonalności systemów realizowanych w ramach Platformy P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych
O Zdarzeniach Medycznych (Platforma P1).

Wsparcie dla obszaru zdrowia przewidziano również w ramach osi priorytetowej V Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, gdzie zaplanowano działania bezpośrednio dedykowane osobom niesamodzielnym (w tym osobom starszym) poprzez rozwój alternatywnych form opieki w postaci dziennych ośrodków opieki medycznej. Ponadto realizowane będą projekty mające na celu działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych z poszanowaniem potrzeb osób niesamodzielnym i niepełnosprawnym.

Natomiast w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych przewidywane jest m. in. wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy. Zgodnie z założeniami będą realizowane projekty dotyczące m.in. rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, psychiatrycznej, onkologicznej, pulmonologicznej oraz rehabilitacji narządów ruchu. Na poziomie regionalnym przewidziano również wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnym.

Istotnym elementem monitorowania stosowania zasady równości szans

1 niedyskryminacji są działania prowadzone przez Komitety Monitorujące poszczególnych programów operacyjnych, które mają za zadanie rozpatrywać

i zatwierdzać w szczególności przedsięwzięcia mające na celu promowanie równych szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, w skład Komitetów będą wchodzić podmioty reprezentujące środowisko obywatelskie w tym partnerzy działający na rzecz promowania równości i niedyskryminacji.

Przedstawiając powyższe oraz mając na względzie ustalenia podjęte podczas posiedzenia Zespołu do spraw wykonywania postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, które odbyło się w dniu 11 grudnia 2014 r. w Ministerstwie Pracy

i Polityki Społecznej, pragnę uprzejmie poinformować Pana Ministra, że Ministerstwo Zdrowia w 2014 r. za pośrednictwem Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wystąpiło do wszystkich podmiotów leczniczych z prośbą o dokonanie oceny warunków udzielania świadczeń osobom niepełnosprawnym oraz podjęcie działań umożliwiających osobom niepełnosprawnym dostęp do świadczeń w każdym zakresie, sugerując, że dostęp ten poprawić mogą zmiany organizacyjne oraz uwzględnienie przy udzielaniu świadczeń zdobyczy najnowszych technologii. Zwrócono uwagę na potrzeby niepełnosprawnych ruchowo i poruszających się na wózkach kobiet, które zgłaszają trudności w uzyskaniu świadczeń w zakresie ginekologii, czy też badań mammograficznych. Zasugerowano też, aby przy zakupie sprzętu i aparatury medycznej określano wymagania tak, by co najmniej jedno stanowisko umożliwiało korzystanie z opieki zdrowotnej osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności. W wystąpieniu wskazano na konieczność stosowania przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środków komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243, z późn. zm.) i dążenie do zapewnienia obecności słyszącej osoby znającej język migowy przy załatwianiu spraw z osobami niesłyszącymi, zwłaszcza w trakcie wizyty u lekarza. Poinformowano podmioty o możliwości uzyskania pomocy stowarzyszenia zajmujące się osobami głuchymi, w szczególności Oddziałów Polskiego Związku Głuchych lub podmiotów oferujących usługę wideo-tłumacza, która pozwala na tłumaczenie rozmowy bez fizycznej obecności tłumacza, niezbędny jest tylko komputer z dostępem do internetu. Poinformowano też o uprawnieniu osoby głuchej do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych usługi tłumacza.

Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Pełnomocnik Rządu do spraw projektu
ustawy o zdrowiu publicznym

Beata Matecka-Libera

Załączniki:

Załącznik 1 - Wykaz wybranych aktów prawnych określających poszczególne zakresy gwarantowanych świadczeń zdrowotnych - 1 ark.

Wykaz wybranych aktów prawnych określających poszczególne zakresy gwarantowanych świadczeń zdrowotnych

1. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
2. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz 217)'
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248, z późn. zm.);
4. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133)
5. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. poz. 1462);
6. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522);
7. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1565);
8. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347);
9. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480, z późn. zm.);
10. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.);
11. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1413, z późn. zm.);
12. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz. 1445);
13. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego (Dz. U. poz. 931, z późn. zm.);
14. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386, z późn. zm.).