

**Protokół z posiedzenia Zespołu do spraw wykonywania postanowień
Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, które odbyło się
11 grudnia 2014 r. w budynku Ministerstwa Pracy i Polityki
Społecznej, Warszawa, ul. Nowogrodzka 1/3/5.**

W spotkaniu wzięło udział 29 osób – lista obecności w załączeniu (załącznik nr 1).

Spotkanie otworzył Przewodniczący Zespołu pan Jarosław Duda – Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, który zaproponował porządek obrad, stanowiący załącznik nr 2 do protokołu.

Ad. 1.

Przewodniczący Zespołu przypomniał, że artykuł 25 Konwencji stanowi o zapewnieniu osobom niepełnosprawnym prawa do osiągnięcia możliwie najwyższego poziomu stanu zdrowia przy użyciu wszelkich odpowiednich środków i zobowiązuje do zapewnienia osobom niepełnosprawnym, na równi z pozostałymi członkami społeczeństwa, dostępu do usług opieki zdrowotnej w tym także rehabilitacji zdrowotnej, z uwzględnieniem szczególnych wymogów związanych z płcią. Artykuł ten zobowiązuje również do szkolenia kadry medycznej i pielęgniarskiej w zakresie podnoszenia standardów etycznych w opiece zdrowotnej nad osobami niepełnosprawnymi. Tematem spotkania będzie zatem dostępność osób niepełnosprawnych do usług opieki zdrowotnej, rehabilitacji i zaopatrzenia w wyroby medyczne. Po tym wstępie Przewodniczący przekazał głos przedstawicielkom Ministerstwa Zdrowia.

Ad.2.

Jako pierwsza zabrała głos Pani Dagmara Korbaśńska Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka. Odnosząc się do podstawowych problemów w tym obszarze podkreśliła, że wiążą się one przede wszystkim z niedostosowanym środowiskiem, a w mniejszym stopniu z brakiem przygotowania lekarzy do kontaktu z osobami niepełnosprawnymi. Podkreśliła, że Ministerstwo ma świadomość, że nie wszystkie budynki i przychodnie są dostosowane i dostępne dla osób niepełnosprawnych. Zauważa się także problem starych urządzeń i niedostosowanego sprzętu medycznego. Podkreśliła, że środowisko lekarskie zauważyło problem niepłodności, zwłaszcza mężczyzn niepełnosprawnych, i zapewniono tym osobom dostęp do programu in vitro. Kończąc przyznała, że istnieje potrzeba zwrócenia większej uwagi na opiekę nad osobami niepełnosprawnymi ze względu na ich większe potrzeby.

Prezes FAR pani Elżbieta Głogowska stwierdziła, że dotychczasowe doświadczenie fundacji wskazuje na brak wiedzy lekarzy ginekologów odnośnie do seksualności osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w zakresie obsługi kobiet niepełnosprawnych. Na potrzeby spotkania Zespołu Fundacja przygotowała opracowanie z opisem, jak wygląda dostęp do opieki zdrowotnej i propozycjami jego usprawnienia. Materiał ten stanowi załącznik nr 3 do niniejszego protokołu, zostanie też przekazany e-mailem do Ministerstwa Zdrowia.

W dalszej dyskusji zwrócono uwagę na niepełne dostosowanie nowopowstających obiektów do potrzeb osób niepełnosprawnych (Wydział Architektury Politechniki Gdańskiej). Zasygnalizowano również, że większość sprzętu medycznego nie jest dostosowana do potrzeb osób na wózkach (mammografy, fotele ginekologiczne) i osób niewidomych (nieudźwiękowione ciśnieniomierze, pompy insulinowe, gleukometry) (FIRR).

Pojawiły się propozycje przekazywania środków publicznych tylko jednostkom, które spełniają wymogi dostępności (KRK). Zwrócono także uwagę na potrzebę opracowania standardów dostępności i zachęcenia podmiotów prowadzących przetargi do ich stosowania. Organizacje pozarządowe zadeklarowały pomoc w przeprowadzeniu audytów, które pomogą w określeniu tych standardów w odniesieniu do usług i obiektów służby zdrowia (Politechnika Gdańska, PZG).

Pani Dagmara Korbańska, odpowiadając na zgłoszone przez przedstawicieli organizacji pozarządowych problemy, podkreśliła, że przy kontraktowaniu usług NFZ Ministerstwo Zdrowia bierze pod uwagę, czy w placówce jest chociaż program dostosowania np. dzięki wsparciu PFRON. Zaznaczyła, że od kilku lat zakupy sprzętu są realizowane w ramach zamówień publicznych dokonywanych przez szpitale i przychodnie. Zobowiązała się do przekazania propozycji skierowania listu do dyrektorów wszystkich podmiotów leczniczych w kraju, żeby przy tych zamówieniach uwzględniano kwestie zakupu sprzętu w pełni dostosowanego dla osób niepełnosprawnych, szczególnie zwracając uwagę na sprzęt ginekologiczno-położniczy. Wyraziła nadzieję, że w pierwszej kolejności dostosują się szpitale kliniczne.

Podkreśliła, że zagadnienie kontraktowania świadczeń tylko w placówkach dostosowanych wykracza poza jej kompetencje. Zauważyła jednak, że istnieje możliwość wpisania do zakresu świadczeń gwarantowanych szczególnych wymogów doposażenia w sprzęt dostosowany, z uwzględnieniem okresu przejściowego na dostosowanie.

Przewodniczący Zespołu pan Jarosław Duda docenił inicjatywę wystosowania przez Ministerstwo Zdrowia pisma do jednostek leczniczych i poprosił o skierowanie go do wiadomości Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych.

W konkluzjach do tego fragmentu dyskusji stwierdzono, że w celu zwiększenia świadomości, istnieje potrzeba odróżnienia niepełnosprawności od choroby.

Przewodniczący, dziękując Pani dyrektor Dagmarze Korbasińskiej za omówienie pierwszego tematu, poprosił o zabranie głosu kolejnego przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia.

Ad. 3.

Pani Magdalena Śmilgin-Adamowska z Departamentu Nauki Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia zaprezentowała temat „Przygotowanie pracowników służby zdrowia do obsługi osób niepełnosprawnych w ramach szkoleń specjalistycznych”. Przypomniała, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów zawiera tylko wykazy modułów podstawowych właściwych dla danego szkolenia specjalizacyjnego. Szczegółowe programy studiów ustalają autonomiczne uczelnie. Przewodniczący Zespołu poprosił o podsumowanie, w ocenie Ministerstwa Zdrowia, przygotowania pracowników do obsługi osób niepełnosprawnych. Wspomniał, że do niego, jako Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych docierają sygnały o problemach z dostępnością usług dentystycznych dla dzieci niepełnosprawnych.

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka pani Dagmara Korbasińska odpowiedziała, że w przypadku leczenia dentystycznego dzieci niepełnosprawnych problematyczne jest zastosowanie, zagwarantowanie przy tym leczeniu, znieczulenia ogólnego. Niewielu lekarzy podejmuje się znieczulenia w przychodniach poza szpitalami, z uwagi na duże wymaganie sprzętowe. Ministerstwo Zdrowia prowadzi rozmowy z anestezjologami, żeby zwiększyć dostępność tych usług.

Zwrócono uwagę, że problemem o podobnej skali są infekcje dróg moczowych osób poruszających się na wózkach (FAR). Zauważono, że szpitale niechętnie przyjmują pacjentów z licznymi dysfunkcjami.

Podniesiono także problem niewłaściwego traktowania osób niewidomych przez pracowników służby zdrowia np. odmowa wpuszczenia do przychodni niewidomego z psem przewodnikiem, czy wyproszenie z gabinetu tłumacza osoby głuchej (FIRR).

Przewodniczący zauważył, że przytoczone sytuacje jasno wskazują na potrzebę prowadzenia działań edukacyjnych np. za pomocą kampanii medialnych.

W dalszej dyskusji zaproponowano, aby w ramach obowiązkowego doskonalenia lekarzy po studiach wprowadzić szkolenia dot. świadczenia usług i obsługi osób niepełnosprawnych (Politechnika Gdańska). Zwrócono także uwagę na małą efektywność w nauczaniu języka migowego w ramach 60 godzin zarezerwowanych w programie studiów medycznych i zaproponowano, by w to miejsce wprowadzić szkolenie ogólne dot. specyfiki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością (PZG). Punkty edukacyjne zdobyte w tych szkoleniach przez lekarzy powinny stanowić warunek niezbędny do uzyskania przez placówkę kontraktu. Podkreślono także, że warunek porozumienia się z lekarzem powinien być warunkiem świadczenia, a zapewnienie tłumacza języka migowego w ramach świadczeń bezpłatnych jest kluczowym postulatem osób głuchych.

W tym miejscu Przewodniczący Zespołu pan Jarosław Duda podkreślił, że obecnie przy zapewnianiu komunikacji z osobami głuchymi powinno się wykorzystywać nowoczesne technologie np. tłumacz „on line”.

W dalszej dyskusji pojawiło się pytanie projekt programu wczesnej interwencji (Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych).

Zwrócono także uwagę na problemy w dostępie do różnych świadczeń osób z zaburzeniami psychicznymi, które, zgłaszając się do lekarza, nie wspominają nawet o swojej chorobie (KRK).

Pani Dagmara Korbańska dyrektor Departamentu Matki i Dziecka MZ odpowiadając na zgłoszone w tej części spotkania uwagi, zauważyła, że propozycja zdobywania punktów edukacyjnych w zakresie obsługi osób niepełnosprawnych jest warta rozważenia. Wprowadzenie takiego rozwiązania wymagałoby zmiany przepisów. Zapewniła, że przekaze postulat dot. uwzględniania punktów edukacyjnych przy kontraktowaniu świadczeń do departamentu zajmującego się warunkami kontraktu świadczeń zdrowotnych i podobnie jak w przypadku zakupu urządzeń dostosowanych Ministerstwo Zdrowia rozważy wprowadzenie tego warunku do rozporządzenia z okresem przejściowym na dostosowanie.

Dodała, że Departament Matki i Dziecka zakończył już pracę nad programem wczesnej interwencji. Projekt ten czeka na decyzję kierownictwa o skierowaniu do Agencji Oceny Technologii Medycznej, której opinia wyrażona w ciągu trzech miesięcy powinna stanowić podstawę do zmiany rozporządzenia.

W kwestii racjonalnych dostosowań podkreśliła, że sposób finansowania jest wyłączną domeną prezesa NFZ i zapewniła, że postulaty zgłoszone na posiedzeniu zostaną przekazane do Funduszu. Odnosząc się do dostępności służby zdrowia dla osób z zaburzeniami

psychicznymi, Pani dyrektor Korbasińska zobowiązała się przekazać te uwagi do właściwego departamentu.

Ad. 4

Pani Ewa Ściślewska-Jakubiak naczelnik Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia omówiła rozporządzenie ze stycznia 2014 roku dotyczące zaopatrywania w wyroby medyczne, którego głównym celem było zwiększenie dostępności do wyrobów, znajdujących się na liście. Podkreśliła, że NFZ zarezerwował na ten cel ok 200 mln złotych rocznie. Zwiększono limity finansowania większości wyrobów: protez, poduszek przeciwodłęzynowych, aparatów słuchowych, wózków inwalidzkich. Zwiększono grono lekarzy uprawnionych do wystawiania recept na pieluchomajtki i wprowadzono możliwość przedłużania recept także przez pielęgniarki i położne (dot. dzieci do 3 roku życia). Zwiększono także asortyment refundowanych wyrobów o majtki chłonne. Skrócono okres użytkowania niektórych wyrobów medycznych: systemów wspomagających słuch, obuwia ortopedycznego dla dzieci, wózków inwalidzkich. Dopisano do listy nowe wyroby medyczne: ortezę recyprokalną, urządzenie multifunkcyjne, nogawice i rękawice uciskowe.

Przewodniczący Zespołu zapytał, czy nie można zróżnicować zaopatrzenia np. w pieluchy w zależności od potrzeb.

Pani Ewa Ściślewska-Jakubiak stwierdziła, że wprowadzenie takiego rozwiązania wymagałoby głębszych zmian systemowych. Pani Dagmara Korbasińska dodała, że trwają prace nad nowym rozporządzeniem, które wprowadzi m.in. koncepcję spójnej polityki racjonalizacji ceny, co powinno przynieść efekty finansowe i poprawić zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Pojawiło się pytanie o wprowadzenie indywidualnego podejścia do wymiany sprzętu medycznego i oraz możliwości wypożyczania go przy urazach, czy w sytuacjach przejściowej potrzeby korzystania z niego (KRK). Zauważono, że wózki inwalidzkie są wymieniane co 5 lat, tymczasem przy dużych niepełnosprawnościach wózek zużywa się już po 3 latach.(Milickie Stowarzyszenie). Pojawiła się też sugestia aby dofinansowane wózki, z uwagi praktyki sztucznego windowania ceny i nielegalnego obrotu wózkami, jedynie wypożyczać (FAR). Zwrócono także uwagę na potrzebę dopracowania samej procedury ubiegania się o dofinansowanie wózków aktywnych. Obecnie o taki wózek może starać się tylko osoba aktywna, a potwierdzenie tej aktywności stanowi zaświadczenie o studiach lub pracy przedstawiane NFZ jedynie do wglądu (FIRR).

Przewodniczący Zespołu zauważył, że w przypadku PFRON jest podobnie, choć procedury programów przewidują dofinansowanie, przysługuje ono zwłaszcza osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osiągającym niskie dochody. Osoba aktywna, która dobrze sobie radzi finansowo, ma małe szanse na dofinansowanie wymiany sprzętu i istnieje potrzeba zmiany, aby nie było poczucia „karania za aktywność”.

Przedstawiciele środowiska osób głuchych podziękowali za rozszerzenie refundacji zakupu aparatów słuchowych dla osób nieaktywnych zawodowo. Zwrócono jednak uwagę na nierówne dofinansowanie aparatów słuchowych i implantów, które są refundowane całkowicie. Względy finansowe mają wpływ, zwłaszcza w przypadku dzieci, na decyzje o wyborze implantów. Takie finansowanie traktowane jest jako przejaw działania dyskryminującego (PZG). Zwrócono także uwagę na potrzebę objęcia refundacją aparatów dla osób tracących słuch, które pozwalają na utrzymanie resztek słuchowych. (PZG) oraz aparatów do habituacji tzw. generatorów szumu, przeznaczonych do leczenia szumów usznych (Politechnika Gdańska).

Zgłoszono także postulat do PFRON dot. racjonalności przydziału urządzeń wspomagających osoby niepełnosprawne. Zaproponowano stworzenie laboratoriów doboru urządzeń dedykowanych tak, żeby osoba, która się zgłasza po pomoc, przeszła proces weryfikacji, co jest jej potrzebne do sprawnego funkcjonowania (Politechnika Gdańska).

Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka pani Dagmara Korbasińska odnosząc się do tego fragmentu dyskusji powiedziała, że rozwiązanie wypożyczania sprzętu medycznego jest brane pod uwagę przy pracach nad nowym rozporządzeniem, a Ministerstwo dąży do unormowania sytuacji dofinansowań wózków inwalidzkich.

Ad.5 i 6

Pani Marta Fijołek z Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia przedstawiła warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Mogą one być realizowane w ośrodkach ambulatoryjnych, w warunkach domowych, w warunkach ośrodka dziennego i w warunkach stacjonarnych. Określono czas trwania poszczególnych świadczeń, w zależności od prowadzonych zabiegów terapeutycznych. Czas ten, w uzasadnionych przypadkach, może zostać przedłużony przez lekarza prowadzącego rehabilitację i za zgodą właściwego oddziału rejonowego NFZ. Praktyka pokazuje, że wnioski w tej sprawie wpływające do oddziałów NFZ są zawsze rozpatrywane pozytywnie, o ile spełniają wymogi formalne. Podkreśliła, że po

incydentach kardiologicznych i neurologicznych przysługuje rehabilitacja stacjonarna. W 2010 roku zmieniono przepisy do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z rehabilitacji leczniczej. Określono grupy pacjentów, które korzystają z rehabilitacji stacjonarnej i czas, w jakim powinni zostać przyjęci na oddział rehabilitacyjny po pobycie w szpitalu. Szczegółowe zasady tej rehabilitacji określa załącznik nr 4 rozporządzenia.

W podjętej dyskusji pojawiły się głosy, że praktyka odbiega od zapisów zawartych w rozporządzeniach, co wykazał ostatni raport NIK o dostępie do rehabilitacji (KRK). Wskazywano na niedostateczny dostęp do rehabilitacji, brak gabinetów, nawet prywatnych, do kompleksowej rehabilitacji dzieci, długi czas oczekiwania na rehabilitację poszpitalną oraz brak podmiotów świadczących rehabilitację przyłóżkową w dużych ośrodkach. Zgłoszono też potrzebę stałej rehabilitacji dla osób 18 letnich, które korzystają z opieki dziennej (Milickie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Osób Niepełnosprawnych).

W dalszej części poruszono temat rehabilitacji dla osób z dysfunkcją narządu ruchu w sanatoriach (KRK) oraz wykorzystania wsparcia technologicznego przy wykonywaniu zabiegów np. lokomat przy nauce chodzenia (Politechnika Gdańska).

Zaproponowano rozważenie możliwości wprowadzenia bonu rehabilitacyjnego, który umożliwiłby pacjentowi dokonanie wyboru dowolnej placówki, za ewentualną dopłatą, w celu skorzystania z zabiegów nierefundowanych przez NFZ.

Podnoszono także problem zakresu finansowania rehabilitacji osób ociemniałych oraz zasad finansowania pobytu osób towarzyszących na turnusach rehabilitacyjnych (FIRR).

Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, odnosząc się do zastrzeżeń związanych z leczeniem uzdrowiskowym, zwrócili uwagę, że zakres świadczeń gwarantowanych jest inny niż w przypadku rehabilitacji medycznej. Podkreślono, że w sanatoriach odbywa się leczenie z wykorzystaniem naturalnych surowców uzdrowiskowych i zapewniane są tam tylko niektóre świadczenia rehabilitacyjne np. fizjoterapia. Odnosząc się do problemu rehabilitacji niewidomych wyjaśniono, że przepisy dotyczące udzielania świadczeń z powyższego zakresu zmieniono po konsultacji z Polskim Związkiem Niewidomych i konsultantem z dziedziny okulistyki. W ocenie Ministerstwa Zdrowia zakres świadczeń i wymagań został przygotowany prawidłowo. Wszelkie nieprawidłowości i problemy związane z realizacją tych świadczeń należy zgłaszać jako propozycję do zmiany przepisów do Departamentu Organizacji i Ochrony Zdrowia. W kwestii odpłatności za pobyt osób towarzyszących na turnusach rehabilitacyjnych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wyjaśnili, że podobnie jak w

przypadku rodziców, pobyt osoby towarzyszącej nie może być dofinansowany, co wynika wprost z ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych z środków publicznych. Zmiana tego elementu wymaga zmiany całego systemu finansowania świadczeń.

Przy okazji dyskusji o rehabilitacji skierowano prośbę do przedstawiciela Ministerstwa Gospodarki, odpowiedzialnego za wdrażanie Programu Operacyjnego Inteligentny Rozwój, o uwzględnienie przez Ministerstwo Gospodarki wsparcia technologii kompensacyjnych, wykorzystywanych w rehabilitacji pozaleczniczej. W dobie starzejącego się społeczeństwa ważne staje się zapewnianie osobom potrzebującym (starszym i niepełnosprawnym) odpowiedniego wsparcia technologicznego w celu dłuższego utrzymania ich na rynku pracy i przedłużenia okresu ich zatrudnienia. Istnieje zatem potrzeba zadbania, żeby środki unijne wspomagały także rehabilitację pozaleczniczą (Politechnika Gdańska).

Przedstawiciel Ministerstwa Gospodarki obecny na spotkaniu zobowiązał się do przekazania tej prośby do właściwego departamentu odpowiedzialnego za pracę i wdrażanie tego programu.

Podsumowując ten etap dyskusji, Przewodniczący Zespołu pan Jarosław Duda dodał, że turnusy rehabilitacyjne są realizowane jako zadanie własne samorządów, co sprawia, że nie są one realizowane w stopniu równym. Zaznaczył, że w jego odczuciu dla dzieci i osób niepełnosprawnych powinno się organizować turnusy z elementami edukacyjnymi, resocjalizującymi i motywacyjnymi.

Kończąc, podziękował prelegentom, Prezes PFRON pani Teresie Hernik, tłumaczowi panu Tomaszowi Smakowskiemu oraz pozostałym uczestnikom za udział i ożywioną dyskusję. Wyraził nadzieję, że spotkania zespołu do spraw wykonywania postanowień Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, umożliwią wymianę poglądów z praktykami i organizacjami eksperckimi w konkretnych dziedzinach i przyczynią się do wypracowania rozwiązań w znaczący sposób poprawiających jakość życia osób niepełnosprawnych.

Zapowiedział, że kolejne posiedzenie dotyczyć będzie edukacji i omówienia najnowszych rozwiązań w tym zakresie m.in. bonu oświatowego, który ma sprawić, że środki na wspieranie edukacji niepełnosprawnych będą wydawane w sposób bardziej efektywny na potrzeby uczniów niepełnosprawnych.

Protokołowała:
Olga Domańska (MPiPS-BON)

Przewodniczący Zespołu:
Jarosław Duda
Pełnomocnik Rządu ds.
Osób Niepełnosprawnych