



Minister Zdrowia

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 13.01.15.
nr 110 podpis. Borusewicz

Warszawa,

2015-01-05

MZ-ZP-Z-070-58/MF/14

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 14.01.15 zał.
nr 166 podpis. [signature]

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu RP

Szanowny Panie Marszałku!

W związku z oświadczeniem złożonym przez Panią Dorotę Czudowską, Senatora RP, na 66. posiedzeniu Senatu RP w dniu 4 grudnia 2014 r., przesłanym przy piśmie Pani Marii Pańczyk-Pozdziej, Wicemarszałka Senatu RP, z dnia 10 grudnia 2014 r., znak: BPS/043-66-2832/14, w sprawie postulatów środowiska związanego z leczeniem paliatywnym i hospicyjnym, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa 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.) wraz z aktami wykonawczymi, w tym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U., poz. 1347). Wymienione rozporządzenie określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z powyższego zakresu. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym

objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

- 1) stacjonarnych - w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 2) domowych - w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- 3) ambulatoryjnych - w poradni medycyny paliatywnej.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- 3) leczenie farmakologiczne;
- 4) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- 5) leczenie innych objawów somatycznych;
- 6) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 7) rehabilitację;
- 8) zapobieganie powikłaniom;
- 9) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 11) opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- 3) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- 4) leczenie innych objawów somatycznych;
- 5) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;

- 6) rehabilitację;
- 4) zapobieganie powikłaniom

oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- 1) porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego;
- 2) porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy;
- 3) świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

Odnosnie możliwości rehabilitacji leczniczej, uprzejmie wyjaśniam, iż w warunkach stacjonarnych przedmiotowe świadczenia obejmują m. in. rehabilitację, natomiast świadczenia realizowane w warunkach domowych i ambulatoryjnych nie ograniczają możliwości korzystania dodatkowo z rehabilitacji leczniczej realizowanej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U., poz. 1522).

Dodatkowo, należy zaznaczyć, iż szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określone zostały w załączniku nr 2 do przedmiotowego rozporządzenia.

W kwestii dotyczącej usankcjonowania prawnego i finansowego psychoonkologa w zespole leczniczym, uprzejmie informuję, że w warunkach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna określono wymagania dotyczące personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z powyższymi przepisami świadczenia w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych realizowane są także przez psychologa lub psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa, którym jest osoba z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii.

Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że w latach 2011-2014 sukcesywnie zwiększane były nakłady finansowe na opiekę paliatywną i hospicyjną (zał. nr 1). Dodatkowo należy podkreślić, iż podstawą udzielania

świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane przez Fundusz do wysokości limitów określonych umową.

Przedstawiając powyższe, trzeba wyjaśnić, iż wpływ na istniejące ograniczenia w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają przepisy art. 118 ust. 1 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.), dotyczące gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym plan finansowy NFZ jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Ponadto, zgodnie z art. 132 ust. 5 ww. ustawy, łączna suma zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że od dnia 1 stycznia 2015 r. wycena świadczeń zdrowotnych pozostaje w kompetencji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z nowymi zadaniami dotyczącymi taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzonymi ustawą 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).

Odnosząc się do zasygnalizowanego problemu związanego z zapewnieniem opieki perinatalnej dziecku z nieuleczalnymi wadami wrodzonymi i jego matce, pragnę uprzejmie wyjaśnić, że w przypadku wad wrodzonych istotną rolę odgrywa diagnostyka w okresie ciąży. Kobieta ma prawo do profilaktycznej opieki nad kobietami w ciąży oraz noworodkami, której zakres został określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U., poz. 1100). Rozporządzenie odnosi się zarówno do opieki profilaktycznej w trakcie ciąży, jak również w trakcie porodu i położu, oraz opieki profilaktycznej sprawowanej nad noworodkiem bezpośrednio po urodzeniu. Istotną rolę odgrywają również badania prenatalne, które są świadczeniem gwarantowanym – finansowanym ze środków publicznych. Realizowane są na podstawie przepisów

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U., poz. 1505). W załączniku do ww. rozporządzenia określony jest zakres świadczenia oraz kryteria kwalifikacji pacjentek i warunki jakie powinni spełniać świadczeniodawcy. Do procedur realizowanych w ramach tego programu zalicza się poradnictwo i badania biochemiczne, poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, poradnictwo i badania genetyczne.

Ponadto wprowadzenie badań przesiewowych noworodków w kierunku wykrycia: hipotyreozy, fenyloketonurii, mukowiscydozy oraz rzadkich wad metabolizmu są podstawą realizacji Programu badań przesiewowych noworodków w Polsce. Działania podejmowane w ramach Programu skierowane są na obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu kalectwu, wynikającemu z tych wad. Minister Zdrowia w ramach realizowanych programów polityki zdrowotnej podejmuje działania poprawiające opiekę nad kobietą ciężarną, dziećmi i młodzieżą, u których wykryto wady wrodzone.

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia we współpracy z przedstawicielami Ministerstwa Edukacji Narodowej, Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych oraz podmiotów działających w obszarze systemu ochrony zdrowia zajmujących się rehabilitacją zdrowotną dzieci w wieku rozwojowym realizuje prace nad opracowaniem projektu programu wczesnej interwencji pn. „Wczesna kompleksowa pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością, niepełnosprawnemu i jego rodzinie”.

Proponowany program ma na celu jak najszybszą diagnozę zaburzeń wieku rozwojowego dzieci od urodzenia do 7 r. ż., a tym samym, ustalenie harmonogramu działań i rozpoczęcie kompleksowej i ciągłej terapii w interdyscyplinarnych placówkach. Ważne jest, aby ośrodek, do którego trafi mały pacjent, zapewniał wielospecjalistyczną pomoc zarówno dziecku, jak i jego rodzicom. Dziecko po stwierdzeniu niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością zgodnie z projektem Programu może być skierowane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie w ramach programu do ośrodków działalności leczniczej gwarantujących udzielanie wielospecjalistycznych świadczeń dla dzieci w wieku od 0-7 r.ż. Proponowane świadczenie będzie gwarantowało kompleksową opiekę zdrowotną dzieciom zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu, gdzie w jednej placówce zostanie przeprowadzona jak najszybsza diagnoza zaburzeń w rozwoju dziecka, powiązana z terapią i opieką medyczną obejmującą usprawnianie ruchowe, terapię

psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną. Opieką objęte będzie zarówno dziecko, jak i jego rodzina.

Wprowadzenie programu wczesnej interwencji pn. „Wczesna kompleksowa pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością, niepełnosprawnemu i jego rodzinie” będzie wiązało się z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Obecnie trwają prace nad skierowaniem Programu do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uzyskania rekomendacji Prezesa.

Z informacji przekazanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wynika, że przepisy ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1456, z późn. zm.) przewidują następujące świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, specjalny zasiłek opiekuńczy oraz świadczenie pielęgnacyjne.

Świadczeniem opiekuńczym przeznaczonym dla osoby niepełnosprawnej jest zasiłek pielęgnacyjny. Zgodnie z art. 16 ww. ustawy zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje:

- 1) niepełnosprawnemu dziecku;
- 2) osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) osobie, która ukończyła 75 lat.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje także osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia. Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje w wysokości 153 zł miesięcznie.

Zasiłek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego.

Specjalny zasiłek opiekuńczy oraz świadczenie pielęgnacyjne są świadczeniami opiekuńczymi przeznaczonymi dla opiekunów osób niepełnosprawnych. Specjalny zasiłek opiekuńczy oraz świadczenie pielęgnacyjne są świadczeniami opiekuńczymi przeznaczonymi dla opiekunów osób niepełnosprawnych. Zgodnie z art. 16 a ust. 1 ww. ustawy specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2012 r., poz. 788, z późn. zm.) ciąży obowiązek alimentacyjny (krewni w linii

prostej oraz rodzeństwo), a także małżonkom, jeżeli rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej (od dnia 1 stycznia 2015 r. także w przypadku niepodejmowania zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej), w związku z koniecznością sprawowania stałej opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje, jeżeli łączny dochód rodziny osoby sprawującej opiekę oraz rodziny osoby wymagającej opieki w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego wynoszącego 623 zł netto, a od 1 listopada 2014 r. - 664 zł netto (na podstawie dochodów z roku poprzedzającego okres zasiłkowy z uwzględnieniem utraty i uzyskania dochodu). Specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje w kwocie 520 zł miesięcznie. W myśl art. 17 ust. 1 ustawy o świadczeniach rodzinnych świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przysługuje:

- 1) matce albo ojcu,
- 2) opiekunowi faktycznemu dziecka,
- 3) osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną w rozumieniu ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- 4) innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy ciąży obowiązek alimentacyjny, z wyjątkiem osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje, jeżeli niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała:

- nie później niż do ukończenia 18 roku życia lub

- w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25 roku życia.

Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje niezależnie od dochodów rodziny. Od 1 maja 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosiło 800 zł miesięcznie, co w połączeniu z realizowanym w 2014 r. rządowym programem w wysokości 200 zł miesięcznie, daje łączną wysokość wypłacanego świadczenia na poziomie 1000 zł miesięcznie. Od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosić będzie 1200 zł miesięcznie, natomiast od 1 stycznia 2016 r. świadczenie pielęgnacyjne wynosić będzie 1300 zł miesięcznie.

Od 1 stycznia 2017 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego będzie podlegać corocznej waloryzacji polegającej na corocznym wzroście wysokości tego świadczenia o procentowy wskaźnik, o jaki zwiększać się będzie minimalne wynagrodzenie za pracę.

Odnosząc się do postulatu dotyczącego wliczania lat spędzonych przy chorym do stażu pracy uprawniającego do świadczeń emerytalno-rentowych uprzejmie informuję, że zasady podlegania ubezpieczeniom społecznym reguluje ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1442, z późn. zm.) określając, między innymi, krąg osób podlegających obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym.

Zaznaczenia wymaga, że zasady podlegania ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym osób rezygnujących z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie nie zamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem, za które ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę, regulują przepisy o pomocy społecznej (art. 6 ust. 2 ustawy systemie ubezpieczeń społecznych). Jednocześnie ust. 2a wskazanego artykułu przewiduje, że za osobę pobierającą świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna wójt, burmistrz lub prezydent miasta opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od podstawy odpowiadającej wysokości odpowiednio:

- 1) świadczenia pielęgnacyjnego albo specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych,
- 2) zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

Składki te są opłacane przez okres niezbędny do uzyskania 25-letniego okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego), z zastrzeżeniem art. 87 ust. 1b ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1440) - stopniowe wydłużanie ww. okresu od 20 do 24 lat w latach 2013-2021.

Z wyżej przywołanych przepisów prawnych wynika, że okresy sprawowania bezpośredniej i osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny, za które zostały opłacone, przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, są uznane na podstawie obecnie obowiązujących przepisów za okresy składkowe, uwzględniane przy ustalaniu prawa i wysokości emerytury lub renty, co wydaje się spełniać postulat dotyczący zakresu ubezpieczeń społecznych.

Ponadto, osoby wymagające opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz ich rodzice i opiekunowie mogą korzystać ze świadczeń przewidzianych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013, poz. 182, z późn. zm.), która zawiera ogólne regulacje dotyczące pomocy rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji, w szczególności z powodu niepełnosprawności oraz długotrwałej lub ciężkiej choroby. Główną formą wspierania rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji materialnej jest pomoc finansowa, która przyznawana jest w uzależnieniu od kryterium dochodowego osób i rodzin ubiegających się o świadczenia. Kryterium dochodowe dla osób żyjących w gospodarstwach wieloosobowych wynosi 456 zł, a dla osób samotnie gospodarujących - 542 zł. Kwota dochodu dla osób i rodzin utrzymujących się z gospodarstwa rolnego przyjęta została na poziomie 250 zł z ha przeliczeniowego. Do świadczeń pieniężnych zalicza się zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy.

Zasiłek stały przysługuje:

- pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej,
- pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Kolejną formą świadczenia pieniężnego przyznawanego osobom i rodzinom, w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia

społecznego jest zasiłek okresowy. Świadczenie to ustala się:

- w przypadku osoby samotnie gospodarującej do wysokości różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej, a dochodem tej osoby, przy czym kwota zasiłku nie może być wyższa niż 418 zł miesięcznie,
- w przypadku rodziny do wysokości różnicy między kryterium dochodowym rodziny, a dochodem tej rodziny, przy czym ustawa o pomocy społecznej gwarantuje kwotę zasiłku okresowego na poziomie nie niższym niż 50% różnicy między:
 - kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby,
 - kryterium dochodowym rodziny a dochodem tej rodziny.

Okres, na jaki jest przyznawany zasiłek okresowy, ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie okoliczności sprawy.

Dodatkowo, w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi, lub zasiłek celowy, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku. Świadczenie tego rodzaju może być przeznaczone w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków, leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego itp.

Jednocześnie pragnę uprzejmie wyjaśnić, iż osobie, która wymaga pomocy innych, a rodzina nie jest w stanie takiej pomocy zapewnić lub jest to znacząco utrudnione mogą być przyznane usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania. Wyjątek stanowią specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Warunki i tryb ustalania oraz pobierania opłat za te usługi i warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat reguluje

rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598, z późn. zm.). Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone w miejscu zamieszkania, bądź w ośrodkach wsparcia.

Podkreślenia wymaga, że bez względu na posiadany dochód osoby i rodziny wymagające wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów mogą skorzystać z pracy socjalnej oraz z poradnictwa specjalistycznego, w szczególności prawnego, psychologicznego i rodzinnego.

Odnosząc się do postulatu zgłoszonego przez Panią Senator dotyczącego umożliwienia powrotu do pracy opiekunom po zakończeniu ich misji uprzejmie informuję, że po zakończeniu opieki nad osobą zależną zainteresowany, jeśli oczywiście zamierza poszukiwać pracy, może dokonać rejestracji jako bezrobotny w urzędzie pracy i korzystać z wszelkiej pomocy oferowanej bezrobotnym celem uzyskania zatrudnienia. Bezrobotni mogą korzystać m.in. z poradnictwa zawodowego, pośrednictwa pracy, szkoleń, staży oraz zatrudnienia wspieranego ze środków Funduszu Pracy. W ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2013 r., poz. 674, z późn. zm.) zawarto również specjalne instrumenty dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej z wychowywaniem dziecka oraz opieką nad osobą zależną. Starosta może, na podstawie umowy zawartej z pracodawcą, przyznać mu środki Funduszu Pracy w postaci tzw. grantu na utworzenie stanowiska pracy w formie telepracy dla osoby powracającej na rynek pracy m.in. po zakończeniu opieki nad osobą zależną. Grant przysługuje w kwocie określonej w umowie, nie wyższej jednak niż 6-krotność minimalnego wynagrodzenia za pracę. Pracodawca, który otrzyma taki grant jest zobowiązany do utrzymania w zatrudnieniu skierowanej osoby przez okres 12 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy lub 18 miesięcy w połowie wymiaru czasu pracy.

Kolejnym instrumentem dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej z opieką nad osobą zależną jest tzw. świadczenie aktywizacyjne, które przysługuje pracodawcy na podstawie umowy zawartej ze starostą za zatrudnienie osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej z opieką nad osobą zależną. Świadczenie aktywizacyjne przysługuje przez okres 12 lub 18 miesięcy w kwocie połowy lub 1/3 minimalnego wynagrodzenia za pracę. Pracodawca, który otrzyma takie wsparcie zobowiązany jest również do utrzymania zatrudnienia skierowanej do pracy

osoby przez okres 6 lub 9 miesięcy (zależnie na jaki okres otrzymał świadczenie aktywizacyjne) już po zakończeniu wypłaty świadczenia.

Przedstawiając powyższe, wyrażam nadzieję i przekonanie, że wymienione działania podejmowane zarówno przez Ministerstwo Zdrowia jak i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej stale przyczyniają się do poprawy sytuacji osób wymagających odpowiedniej opieki zdrowotnej oraz społecznej i stanowią tym samym realizację postulatów środowiska związanego z leczeniem paliatywnym i hospicyjnym, zgłoszonych przez Panią Senator.

Z poważaniem

[Podpis]
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Igor Radziewicz-Winnicki

Załączniki:

Zał. 1 – Wartość zawartych umów, liczba osobodni oraz średnia cena w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w latach 2011-2014 wg stanu na dzień 27 listopada 2014 r. - 1 ark.

Tab. Wartość zawartych umów, liczba osobodni oraz średnia cena w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w latach 2011-2014 wg stanu na 27 listopada 2014 r.

Nazwa zakresu	Liczba osobodni				Wartość zawartych umów				Średnia cena zakresu			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
PORADA W PORADNI MEDYCYNY PALIATYWNEJ	68 466	66 968	65 819	69 684	2 361 237	2 288 872	2 253 600	2 446 534	34,49	34,18	34,24	35,11
ŚWIADCZENIA W HOSPICIUM DOMOWYM	3 176 932	3 510 999	3 713 548	3 731 075	133 428 975	147 267 797	156 255 027	157 528 981	42,00	41,94	42,08	42,22
ŚWIADCZENIA W HOSPICIUM DOMOWYM DLA DZIECI	270 473	301 801	330 103	333 606	19 692 266	22 043 604	24 295 639	24 912 693	72,81	73,04	73,60	74,68
ŚWIADCZENIA W ODDZIALE MEDYCYNY PALIATYWNEJ/EO SPICJUM STACJONARNYM	677 668	752 634	806 053	814 294	143 674 992	160 870 371	173 058 123	175 905 570	212,01	213,74	214,70	216,02
Suma kolcowa	4 193 539	4 632 403	4 915 523	4 948 658	299 157 470	332 470 644	355 862 389	360 793 779				