

**Mirosława Skawińska**

Zakład Profilaktyki Społecznej

Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Dyrektor: prof. dr hab. n. med. Stanisław Nowak

Dziekan: prof. zw. dr hab. W. Dutkiewicz**OCHRONA ZDROWIA W SŁUŻBIE ZASPOKAJANIA POTRZEB  
ZDROWOTNYCH I SPOŁECZNYCH NIEPEŁNOSPRAWNYCH OSÓB  
I ICH RODZIN  
(WYBRANE ASPEKTY PRAWNE)****STRESZCZENIE**

Polska jest krajem o bardzo wysokiej i wciąż narastającej liczbie osób niepełnosprawnych. Problem funkcjonowania tych osób w rodzinie i środowisku nabiera coraz większej rangi wśród problemów społecznych ostatnich lat. Natomiast realizowanie celów i zadań kształcenia specjalnego oraz rehabilitacji społecznej i zdrowotnej niepełnosprawnych jest współcześnie jednym z najważniejszych zadań polityki społecznej państwa.

Reforma zdrowia w 1999 r. spowodowała przeobrażenia w organizowaniu rehabilitacji społecznej, zdrowotnej i zawodowej osób niepełnosprawnych oraz zmiany przepisów prawnych, które spełniają szereg funkcji w zakresie rehabilitacji, m.in.: zabezpieczają ich podstawowe prawa, gwarantują świadczenia rehabilitacyjne i inne, a także zapewniają funkcjonowanie służb socjalnych i instytucji zajmujących się niepełnosprawnymi, ułatwiają im integrację społeczną, przeciwdziałają dyskryminacji i selekcji.

**Słowa kluczowe:** ochrona zdrowia, rodzina, niepełnosprawność.

**SUMMARY**

Poland is a country with a large and constantly growing number of disabled people. At present, the problem of their functioning in families and social environment is getting an increasingly higher rank among all social problems. That is why attaining a goal and tasks of special education and tasks concerning social and physical rehabilitation are one of the most important of the State's social policy.

The health reform (1999) caused an important transformation in the organization of social, physical, professional rehabilitation, and what is more, in changes of legal regulations which also play a great role in the field of disabled people's rehabilitation. All these measures contribute to the protection of basic rights; they guarantee social benefits and provide security for social services and institutions which take care of disabled people, help them to integrate, counteract discrimination and selection.

**Key words:** Protection of health, family, disability.

## WPROWADZENIE

Sprecyzowanie terminu „niepełnosprawność” i określenie „osoby niepełnosprawnej” nastroczają wiele problemów we współczesnej Polsce. Nie ma jednoznacznej definicji, która uwzględniałaby realia sytuacji egzystencjalnej takich osób i pozwoliłaby określonym służbom społecznym na zakwalifikowanie niepełnosprawności, co z kolei pozwoliłoby na udzielenie stosownej pomocy osobom dotkniętym niepełnosprawnością, tak aby nie ranić ich uczuć.

Przez wiele lat określenie to utożsamiane było z terminem „inwalidztwo”. Termin „inwalida” określa człowieka, u którego występują wady, defekty fizyczne lub umysłowe o charakterze trwałym, utrudniające mu, w porównaniu z osobami zdrowymi w danym środowisku, uczenie się w normalnej szkole, wykonywanie codziennych czynności, udział w życiu społecznym i zawodowym [1]. Można zgodzić się z Kazimierzem Zabłockim, że termin „inwalidztwo” jest wyznacznikiem zdolności do pracy, uzależnionym z jednej strony sprawnością organizmu, a z drugiej wymaganiami stawianymi pracownikowi. W ostatnich latach termin „inwalida” coraz częściej zastępowany jest określeniem „osoba niepełnosprawna”. Termin ten jest pojęciem szerszym niż inwalida i obejmuje znacznie większy krąg osób. Ale nadal, należy to zaznaczyć, jest terminem ogólnym i nie zawsze precyzyjnym. Zdaniem Tadeusza Majewskiego osoba niepełnosprawna to taka, której uszkodzenie i obniżony stan sprawności organizmu utrudnia i ogranicza wykonywanie czynności zawodowych oraz pełnienie ról społecznych ze względu na jej: wiek, płeć, stan fizyczny i psychiczny, czynniki środowiskowe i kulturowe [2]. Teodor Bulenda proponuje na określenie niepełnosprawności następującą definicję: „osoba niepełnosprawna – jest to osoba, która ze względu na stan zdrowia fizycznego i/lub psychicznego trwale lub długotrwale nie może lub jedynie w ograniczony sposób może uczestniczyć w stosunkach społecznych i pełnić w nich określone role, wedle przyjętych kryteriów oraz norm” [cyt. wg 3]. Najczęściej przyjętym kryterium podziału i najbardziej czytelnym jest rodzaj niepełnosprawności. Mówiąc o niepełnosprawności sensorycznej, mamy na uwadze uszkodzenia narządów zmysłowych, a więc niewidomych i słabo widzących oraz głuchych i niedosłyszących. Wyróżniamy też:

- osoby z niepełnosprawnością fizyczną, czyli motoryczną, z uszkodzeniami narządów ruchu i osoby z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych;
- osoby z niepełnosprawnością psychiczną – umysłowo upośledzone (niepełnosprawność intelektualna), osoby psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania, osoby cierpiące na epilepsję (zaburzenia świadomości);
- osoby niepełnosprawne społecznie, tj. nieprzystosowane społecznie i zdemoralizowane, oraz osoby z niepełnosprawnością złożoną, a więc dotknięte więcej niż jedną niepełnosprawnością.

## PRAWNE ASPEKTY OCHRONY ZDROWIA WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Aby pomóc osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom w funkcjonowaniu społecznym, zdrowotnym i zawodowym, należy dostosować obszary działań społecznych i politycznych do pełnej integracji tych osób ze społeczeństwem normalnie funkcjonującym. Najważniejsze sfery życia społecznego, w obrębie których zachodzą obecnie zmiany prawne w stosunku do niepełnosprawnych, nie zawsze pozytywne, to: edukacja, zatrudnienie, ochrona zdrowia, ubezpieczenia społeczne i przepisy dotyczące ulg i zwolnień o charakterze finansowym. Moja uwaga w tym artykule będzie skupiona na zmianach w funkcjonowaniu ochrony zdrowia.

Kiedy rodzi się dziecko zdrowe, chciane i kochane, rodzina przeżywa nieopisane chwile radości i szczęścia. Gdy przychodzi na świat dziecko niepełnosprawne, na ogół nikt się tego nie spodziewa. Rozpoznanie złego stanu zdrowia jest olbrzymim ciosem, źródłem nieopisanej rozpacz i upokorzeń rodziców i najbliższych. Powszechny jest pogląd, że obecność dziecka niepełnosprawnego wywiera wielostronny wpływ na funkcjonowanie rodziny, jest też poważnym źródłem stresów. Często oznacza konieczność zmiany życiowych celów przez rodziców, co łączy się z reguły z pogorszeniem położenia materialnego rodziny oraz zmianą jej sytuacji społecznej. Problem stanowi również zaakceptowanie nie zawsze zrozumiałych przez rodziców form zachowania dziecka oraz odczuwane osamotnienie [4].

W polskim ustawodawstwie dopuszcza się legalną aborcję dzieci obciążonych wadami rozwojowymi, co z jednej strony dla rodziców, którzy boją się podjęcia trudu wychowania niepełnosprawnego dziecka, jest pewnym rozwiązaniem. Z drugiej jednak strony, prawdą jest, że ustawa ta rani godność i uczucia tych rodziców, którzy decydują się na wychowanie dziecka obciążonego dysfunkcjami od urodzenia. Uświadamia im bowiem, że ich niepełnosprawne dzieci, mimo równości szans w naszym społeczeństwie, tak naprawdę są społecznie niepożądane.

Nie można także nie wspomnieć o tym, że niepełnosprawność zakłóca nie tylko relacje wewnątrz rodziny, ale również jej dotychczasowe stosunki ze środowiskiem społecznym. Poważnemu osłabieniu, a nawet zerwaniu mogą ulec dotychczasowe kontakty z dalszą rodziną, stosunki towarzyskie, sąsiedzkie i zawodowe [5].

Jednak utrzymanie i wychowanie dziecka niepełnosprawnego nie musi łączyć się z poczuciem bezsilności, niemożności i nieszczęścia. Może być źródłem satysfakcji dla rodziców, którzy, stwarzając swojemu dziecku poprawne warunki do rozwoju, są przez nie obdarowani miłością i radością swego istnienia. Satysfakcja ta jest tym większa, im większe jest wsparcie nie tylko najbliższych, ale także środowiska lokalnego i państwa.

Na temat skali niepełnosprawności w Polsce dowiadujemy się przede wszystkim z badań prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny. Ostatnie pełne dane o rozmiarach niepełnosprawności pochodzą z narodowego spisu powszechnego, który został przeprowadzony w czerwcu 2002 r.

W roku 2002 w Polsce było 5 456 700 niepełnosprawnych, co stanowiło 14,3% ogółu społeczeństwa. Oznacza to, że co siódmy Polak był osobą niepełnosprawną. W ciągu ostatnich 14 lat liczba niepełnosprawnych wzrosła o 46,1%, co wiąże się przede wszystkim z procesem starzenia się społeczeństwa. Wśród osób niepełnosprawnych najliczniejszą grupę stanowią osoby z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności (28%) oraz osoby z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (26%). Narodowy Spis Powszechny pokazał, że osoby fizycznie niepełnosprawne stanowiły 2,6% ogółu ludności, osoby prawnie niepełnosprawne – 4,3%, a osoby, których dotyczą oba kryteria niepełnosprawności – 7,4%. Odnotowano prawie 10-krotny wzrost liczby niepełnosprawnych (wg kryterium prawnego) dzieci w wieku 0-15 lat – obecnie jest ich ok. 135 tys. (13 900 w 1988 r.). Wśród osób niepełnosprawnych przeważają kobiety (ok. 2 888 500, co stanowi 52,3% ogólnej populacji niepełnosprawnych). Problem niepełnosprawności nasila się wraz z wiekiem. Prawie 60% spośród niepełnosprawnych to osoby w wieku poprodukcyjnym.

Z badań przeprowadzonych przez GUS i Biuro Rzecznika Praw Dziecka, w ramach przygotowań do Światowego Szczytu w Sprawach Dzieci, wynika, że w 2002 r. w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej przebywało 3660 osób niepełnosprawnych w wieku od 0 do 18. r. ż. Największą grupę stanowiły dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie (2208 osób). Wśród niepełnosprawnych przebywających w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej najwięcej osób było w domach pomocy społecznej (2890), ośrodkach opiekuńczych, środowiskowych domach samopomocy i innych. Niepełnosprawne dzieci i młodzież w mieście stanowiły 3,3% populacji dzieci, a na wsi 2,6% [6].

Możemy stwierdzić, że Polska jest krajem o bardzo wysokiej i narastającej liczbie osób niepełnosprawnych. Problem funkcjonowania osób niepełnosprawnych w rodzinie i środowisku nabiera coraz większej rangi wśród problemów społecznych w ostatnich latach. A realizowanie zadań i celów kształcenia specjalnego oraz zadań rehabilitacji społecznej i zdrowotnej jest współcześnie jednym z najważniejszych zadań polityki społecznej państwa. Zmiany społeczne, polityczne i gospodarcze w Polsce po 1989 r., doprowadzając m.in. do reformy edukacji i reformy zdrowia w 1999 r., bardzo dużo zmieniły w obszarze problemów związanych z niepełnosprawnością. Nastąpiły zmiany w organizowaniu kształcenia specjalnego i integracyjnego, przeobrażenia w organizowaniu rehabilitacji społecznej, zdrowotnej i zawodowej osób niepełnosprawnych, zmiany przepisów prawnych spełniających szereg funkcji w zakresie rehabilitacji, o której była mowa wyżej, m.in.: zabezpieczają podstawowe prawa niepełnosprawnych, gwarantują świadczenia rehabilitacyjne i inne, a także zabezpieczają funkcjonowanie służb socjalnych i instytucji zajmujących się niepełnosprawnymi, ułatwiają im integrację społeczną, przeciwdziałają dyskryminacji i selekcji. Przepisy prawne są także inspiracją dla nowych treści i rozwiązań na rzecz niepełnosprawnych [2, 7-10].

W tym miejscu należy zaznaczyć, że szczególnie ważne z punktu widzenia możliwości realizacji potrzeb niepełnosprawnych jest zapewnienie im korzystania ze świad-

czeń zdrowotnych, zaopatrzenie ich w odpowiednie przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne. W demokratycznym państwie prawa jedną z podstawowych powinności władz publicznych jest zapewnienie obywatelom godnych warunków życia, a system ochrony zdrowia stanowi jeden z filarów prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa [11].

Podstawowym aktem prawnym regulującym dostępność do tych świadczeń jest ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, regulująca zasady ubezpieczenia społecznego [12]. Ustawa przewiduje prawo do świadczeń zdrowotnych, które określa art. 31, ust.1. Przewidziane w ustawie świadczenia to: zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie choroby, leczenie, zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie. Analiza przepisów ustawy wyjaśnia, że prawo do określonych w przepisach świadczeń przysługuje wyłącznie osobom ubezpieczonym i płacącym składki ubezpieczeniowe. Zatem osoby nie ubezpieczone są pozbawione prawa do świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczonym przysługują następujące świadczenia: zdrowotne, służące zachowaniu, przywracaniu, poprawie i promocji zdrowia, również ratowaniu życia, a w szczególności: badania, porady i zabiegi lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitacja lecznicza, opieka pielęgnacyjna oraz szczepienia ochronne i planowe działania zapobiegawcze, orzekanie o stanie zdrowia, opieka nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, opieka prenatalna nad płodem i opieka nad noworodkiem, z zakresu stomatologii, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne, korzystanie z lecznictwa uzdrowiskowego, zabiegi opiekuńczo-lecznicze, przewozy środkiem transportu sanitarnego. Ubezpieczony ma zagwarantowane prawo do: leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do bezpłatnych podstawowych świadczeń lekarskich stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, bezpłatnie lub za zryczałtowaną opłatą prawo do badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, ale tylko na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a także do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zabezpieczenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków [10].

Natomiast Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. określa wysoko specjalistyczne procedury medyczne, finansowane z budżetu państwa [13]. W załączniku do tego rozporządzenia widnieje wykaz wysoko specjalistycznych procedur medycznych, który przewiduje m.in.: operacje wad wrodzonych serca u niemowląt, operacyjne leczenie padaczki wraz z diagnostyką, operacyjne leczenie całkowitej głuchoty – wszczepienie implantu ślimakowego, operacyjne leczenie wady wrodzonej ucha, wszczepienie implantów kręgosłupa.

Kolejne Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej z dnia 6 listopada 1998 r. określało wykaz środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych, leczniczych środków technicznych przysługujących ubezpieczonemu bezpłatnie oraz za częściową opłatą, którą musi ponieść ubezpieczony. Straciło ono moc na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2001 r. [14].

W załączniku nr 1 do tego rozporządzenia znajduje się wykaz przedmiotów ortopedycznych, przysługujących ubezpieczonemu, podstawowe kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, a także przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie:

- proteza kończyny dolnej (raz na 3 lata), bezpłatnie,
- proteza tymczasowa (zgodnie z zaleceniami lekarza), bezpłatnie,
- proteza kosmetyczna kończyny górnej (raz na 3 lata), bezpłatnie,
- pończochy kikutowe (12 sztuk na każdą kończynę), bezpłatnie,
- gorsety i kołnierze ortopedyczne (raz na 3 lata), bezpłatnie,
- obuwiu ortopedyczne (raz na rok), 30% płatne,
- laski i kule do stałego użytkowania (raz na 3 lata), 30% płatne,
- laska dla niewidomych (biała) (raz na 2 lata), bezpłatnie,
- balkoniki i podpórki (raz na 5 lat), bezpłatnie,
- wózek inwalidzki ręczny do stałego użytkowania (raz na 5 lat), bezpłatnie,
- wózek do raczkowania (pełzak) (raz na 2 lata), bezpłatnie,
- foteliki dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (raz na 2 lata), bezpłatnie,
- indywidualne przedmioty pionizujące (raz na 4 lata) bezpłatnie.

W załączniku nr 2 ww. rozporządzenia mowa jest o środkach pomocniczych przysługujących ubezpieczonemu:

- soczewki pryzmatyczne (zgodnie z zaleceniami lekarza), bezpłatnie,
- szkła korekcyjne (raz na 2 lata), 30% płatne,
- obturatory dla dzieci zezujących z niedowidzeniem jednego oka (raz na 2 lata), bezpłatnie,
- pomoce optyczne dla niewidzących: lupa (raz na 2 lata), bezpłatnie; lunety w tym monookulary (raz na 5 lat) bezpłatnie; okulary lornetkowe (raz na 5 lat), bezpłatnie; okulary lupowe (raz na 5 lat) bezpłatnie,
- proteza oka wykonana indywidualnie (raz na 5 lat dorośli), bezpłatnie,
- aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrza lub kostne przy jednostronnym lub obustronnym ubytku słuchu (raz na 5 lat dorośli – 30% płatne; dzieci i młodzież do 18. r. ż. lub ucząca się do 26. – bezpłatnie),
- cewniki urologiczne (raz na miesiąc), 30% płatne,
- worki do zbiórki moczu do 6 sztuk miesięcznie (raz na miesiąc), 30% płatne,
- worki na kał: przy stomii jelita cienkiego i grubego – pas do zbiornika na kał (raz na rok), bezpłatnie; worki wymienne do pasa w ilości 90 sztuk (raz na miesiąc), bezpłatnie,
- pieluchy anatomiczne przy chorobie nowotworowej przebiegającej z owrzodzeniem krocza (raz na miesiąc 60 sztuk), bezpłatnie; pieluchomajtki do 60 sztuk (raz na miesiąc), 30% płatne,
- proteza piersi (raz na 2 lata), bezpłatnie,
- peruka w leczeniu chorób nowotworowych z włosów sztucznych (raz na rok), bezpłatnie; z włosów naturalnych (raz na rok), 30% płatne,

- poduszka i materac przeciwodleżeniowy przy paraplegii, tetraplegii lub innej chorobie wymagającej stałego przebywania w łóżku (poduszka raz na 2 lata – 30% płatne; materac raz na 3 lata – 30% płatne).

Załącznik nr 3 zawiera wykaz leczniczych środków technicznych przysługujących ubezpieczonemu m.in.: endoprotezę piersi w przypadku amputacji piersi w następstwie zmian nowotworowych, wad rozwojowych, urazów, chorób i następstw ich leczenia (orzeka się okres jej użytkowania w zależności od wskazań lekarza, jest bezpłatna); ekspander piersi, który także orzekany jest bezterminowo i jest bezpłatny. Załącznik nr 4 określa podstawowe kryteria przyznawania obuwia ortopedycznego, a nr 5 podstawowe kryteria przyznawania przedmiotów ortopedycznych, których okres użytkowania może ulec skróceniu. Szczególnie chodziło ustawodawcy o dzieci do 18. r. ż., kiedy w wyniku zabiegów chirurgicznych, rehabilitacji, rozwoju fizycznego następuje konieczność skrócenia okresu użytkowania przedmiotów ortopedycznych.

Obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 grudnia 1998 r. określa wykaz chorób, leków, preparatów diagnostycznych, sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby, mogą być przepisane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową opłatą [15]. W paragrafie 1 rozporządzenia znajduje się wykaz chorób przewlekłych, wrodzonych, nabytych i zakaźnych, a także niektóre metody leczenia. Są to: rak prostaty, rak sutka, inne choroby nowotworowe oraz leczenie przeciwbólowe i przeciwwymiotne w chorobach nowotworowych, przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych, neuropenia w chorobach nowotworowych, padaczka, padaczka oporna na leczenie, schizofrenia oporna na leczenie, choroba i zespół Parkinsona, miastenia, choroba Wilsona, choroba Alzheimera, stwardnienie zanikowe boczne, akromegalia, mukowiscydoza, somatotropinowa niedoczynność przysadki u dzieci, cukrzyca, fenyloketonuria, celiakia i zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, niedoczynność tarczycy, moczówka prosta u dzieci, wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz choroba Crohna, osteoporoza, przerost gruczołu krokowego, choroba niedokrwienna serca, stan po zawale, jaskra, astma, przewlekłe zespoły oskrzelowo-płucne, choroby reumatyczne, łuszczyca, przewlekłe owrzodzenia, gruźlica, krytyczne niedokrwienie kończyn.

Kolejne zadanie, jakie stawia sobie służba zdrowia w odniesieniu do niepełnosprawnych, to fakt, że ubezpieczonemu przysługuje, na podstawie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, leczenie uzdrowiskowe. Reguluje to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2003 r. w sprawie określenia wysokości częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym [16]. Ubezpieczony ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym według stawek określonych w rozporządzeniu, a wysokość tych stawek zależy od terminu pobytu i warunków zakwaterowania [16]. Ustawodawca odpłatność za pobyt w sanatorium uzdrowiskowym różnicuje ze względu na sezon rozliczeniowy, w którym ubezpieczony odbywa leczenie. Ustala się dwa sezony rozliczeniowe:

sezon I – od dnia 1 października do dnia 30 kwietnia,

sezon II – od dnia 1 maja do dnia 30 września.

Paragraf 2 rozporządzenia ustala się standard pobytu ubezpieczonego w sanatorium uzdrowiskowym ze względu na warunki zakwaterowania:

- standard I – pokój 1-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
- standard II – pokój 1-osobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego,
- standard III – pokój 2-osobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
- standard IV – pokój 2-osobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego,
- standard V – pokój typu studio, czyli dwa pokoje 1-osobowe ze wspólnym pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
- standard VI – pokój typu studio, czyli dwa pokoje 2-osobowe ze wspólnym pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
- standard VII – pokój wieloosobowy z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym,
- standard VIII – pokój wieloosobowy bez pełnego węzła higieniczno-sanitarnego.

Paragraf 3 wprowadza częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu ubezpieczonego. Koszty te wynoszą:

Standard	I sezon rozliczeniowy (w zł)	II sezon rozliczeniowy (w zł)
I	16,90	23,30
II	14,80	20,10
III	11,55	17,00
IV	10,50	13,70
V	9,50	12,00
VI	8,50	10,80
VII	7,50	9,50
VIII	6,50	8,50

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie analizy aktualnego stanu zdrowia ubezpieczonego oraz określenia wpływu leczenia uzdrowiskowego na jego stan zdrowia (oceny zasadności skierowania dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej).

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) potwierdza skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, jeżeli lekarz specjalista uznał zasadność skierowania i są miejsca w odpowiednich zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. W razie potwierdzenia skierowania, NFZ określa rodzaj leczenia uzdrowiskowego, wyznacza odpowiedni zakład lecznictwa uzdrowiskowego, termin rozpoczęcia leczenia i czas jego trwania. Ubezpieczony ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym według stawek określonych w rozporządzeniu (w zależności od terminu pobytu i warunków



zakwaterowania). Osoby niepełnosprawne korzystają z sanatoriów uzdrowiskowych na podstawie skierowania i ponoszą częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania. Ponadto osobom korzystającym z leczenia w sanatorium uzdrowiskowym (w tym także niepełnosprawnym) nie przysługuje zwrot kosztów przejazdu (wyjątek stanowi przewóz osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego).

Osoba niepełnosprawna może raz w roku uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym w celu wypoczynku i poprawy sprawności. Wniosek lekarza jest podstawą uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) może dofinansować wyjazd na taki turnus ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Na dofinansowanie mogą liczyć osoby niepełnosprawne powyżej 16. r. ż. z grupą inwalidzką, rentą rolniczą, orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy, a także dzieci powyżej 3 lat i młodzież, na którą rodzicom przysługuje zasiłek pielęgnacyjny.

Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o zmianie ustawy o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne nakłada obowiązek ponoszenia za określone grupy leków częściowej bądź całkowitej odpłatności [17].

Na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach [18] z wnioskiem o wydanie skierowania do zakładu, zwanym dalej „wnioskiem”, może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciel ustawowy lub – za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego – inna osoba, lub zakład opieki zdrowotnej, osoba niepełnosprawna, jej ustawowy przedstawiciel [18]. Za pobyt w zakładzie osoby skierowanej pobierana jest opłata zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Możemy zatem stwierdzić, że ustawa w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, także dla osób ubezpieczonych, przewiduje konieczność wnoszenia całkowitej lub częściowej odpłatności za świadczenia zdrowotne, leki, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, lecznicze środki techniczne. Ludzie niepełnosprawni nie mają żadnych szczególnych przywilejów ze względu na swoją niepełnosprawność. Opłaty i konieczność ich wnoszenia za zaopatrzenie ortopedyczne jest znaczną barierą (dla osób niepełnosprawnych) w dostępie do tych przedmiotów, co w konsekwencji utrudnia rehabilitację społeczną i zawodową osób niepełnosprawnych. Przewidziano jednak w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (art. 46) zapis, że osobie znajdującej się w trudnej sytuacji, która ponosi znaczne wydatki na zakup materiałów medycznych i leków oraz przedmiotów ortopedycznych, innych środków pomocniczych, leczniczych środków technicznych, może być przyznana pomoc finansowa na zasadach określonych w przepisach o pomocy społecznej. Pomoc ta jest niewystarczającym zabezpieczeniem dla niepełnosprawnych, co potwierdza fakt, iż ona może być, ale nie musi, przyznana, a także nie gwarantuje świadczenia w odpowied-

niej wysokości. Celowe zatem jest, a także usprawiedliwione trudną sytuacją życiową osób niepełnosprawnych, zagwarantowanie im bezpłatnego zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (zwłaszcza powinno to być zagwarantowane osobom niepełnosprawnym w stopniu umiarkowanym i znacznym). Myślę jednak, że w obecnej sytuacji finansowej służby zdrowia jest to założenie nierealne.

Kasy Chorych nie sprawdziły się jako zarządcy środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Głównym elementem wprowadzonej i realizowanej od 1 stycznia 1999 r. reformy systemu ochrony zdrowia było oddzielenie dwóch, dotychczas pełnionych przez państwo, funkcji: organizatora ochrony zdrowia i płatnika. Podjęta reforma miała na celu zmianę finansowania ochrony zdrowia, ponieważ zarządzanie funduszami na ten cel zostało wydzielone z zadań struktur administracji państwa, a same pieniądze wyłączone z podatkowych wpływów do budżetu [19]. Zakłady opieki zdrowotnej wyposażone zostały w samodzielność, która była fikcją prawną.

Od dnia 1 kwietnia 2003 r. 16 Kas Chorych przekształcono w Narodowy Fundusz Zdrowia z centralą w Warszawie i 16 oddziałów wojewódzkich. Stał się on państwową jednostką organizacyjną, do której za pośrednictwem ZUS i KRUS wpływają nasze składki na ubezpieczenie zdrowotne. Przejął on funkcje płatnika w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych [20]. Ale jak się okazało, zamiast poprawić instytucję płatniczą kas chorych, zastąpiono je nową, tak samo spolityzowaną, tym razem w skali ogólnokrajowej, instytucją Narodowego Funduszu Zdrowia.

## ZAKOŃCZENIE

W konkluzji rozważań możemy stwierdzić, że dostępność i jakość usług medycznych w Polsce nadal jest w kiepskim stanie. Spada zaufanie społeczne do służby zdrowia. Kolejne afery związane m.in.: z „handlem skór”, korupcją lekarzy itd. podważają dodatkowo to zaufanie. Ubożenie naszego społeczeństwa szczególnie dotyczy warstw społecznych marginalizowanych. A taką warstwą społeczną stanowią osoby niepełnosprawne, które nie są w stanie ze względu na swoją ułomność, sprostać oczekiwaniom społecznym. Kolejne etapy reformy zdrowia po 1999 r. w sposób szczególnie dotkliwy traktują osoby niepełnosprawne. Utrzymanie odpowiedniego stanu zdrowia osób niepełnosprawnych czy ich rehabilitacja zdrowotna, społeczna i zawodowa jest ograniczona poprzez wiele rozwiązań przewidzianych w ustawodawstwie, chociażby odejście od całkowitej bezpłatności leczenia, bezpłatności leków, sprzętu ortopedycznego czy środków pomocniczych. A przecież ochroną zdrowia nazywamy, zgodnie z przyjętymi podstawowymi zadaniami tej działalności państwa, zorganizowaną działalność, której celem jest: utrzymanie w dobrym stanie zdrowia człowieka w środowisku, w którym rozwija się, żyje i pracuje, a także zapobieganie chorobom i ich leczenie, przedłużenie życia, poprawa stanu zdrowia psychicznego i fizycznego, szerzenie oświaty sanitarnej, organizowanie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej [20].

## PIŚMIENNICTWO

- [1] Zabłocki K. J.: Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów. „Żak”. Warszawa 1992.
- [2] Majewski T.: Rehabilitacja osób niepełnosprawnych. „Żak”. Warszawa 1995.
- [3] Bulenda T., Zabłocki K. J.: Ludzie niepełnosprawni a prawo. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa 1994.
- [4] Piskuła E.: Poziom lęku u rodziców dzieci niepełnosprawnych – niektóre uwarunkowania sytuacyjne. W: Pedagogika wobec kryzysów życiowych. J. Stochmiałek (red.). Instytut Technologii i Eksploatacji. Warszawa-Radom 1998.
- [5] Twardowski A.: Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. I. Obuchowska (red.). Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1999.
- [6] Michalska K.: Niepełnosprawni w Polsce. „Niebieska linia” 2003; 4: 15.
- [7] Kościelska M.: One są wśród nas. PWN. Warszawa 1998.
- [8] Bogucka J.: Szkoła dla wszystkich. X-lecie integracji w Polsce. MEN. Warszawa 2000.
- [9] Minkiewicz E.: Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie. „Impuls”. Kraków 2003.
- [10] Nowak A.: Wybrane edukacyjne i prawne aspekty niepełnosprawności. „Impuls”. Kraków 1999.
- [11] Dercz M., Izdebski H.: Zmiana w ochronie zdrowia: permanentna reforma systemu. W: Reformy społeczne. Bilans dekady. M. Rymśza (red.). Fundacja Instytutu Spraw Publicznych. Warszawa 2004.
- [12] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997, nr 28, poz. 153; nr 75, poz. 468; Dz.U. 1998, nr 117, poz. 756; nr 137, poz. 887; nr 144, poz. 929; nr 162, poz. 116).
- [13] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 listopada 1998 r. o wysoko specjalistycznych procedurach medycznych finansowanych z budżetu państwa (Dz.U. 1998, nr 140, poz. 910).
- [14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 10 października 2001 r. w sprawie szczegółowego wykazu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowych kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także przedmiotów ortopedycznych podlegających naprawie (Dz.U. 2001, nr 121, poz. 1314).
- [15] Dz.U. 1998, nr 156, poz. 1028.
- [16] Dz.U. 2003, nr 88, poz. 816.
- [17] Dz.U. 1995, nr 138, poz. 684.
- [18] Dz.U. 1998, nr 166, poz. 1265.
- [19] Frąckiewicz-Wronka A.: Samorządowa polityka społeczna. Wydawnictwo WSP i TWP. Warszawa 2002.
- [20] Gasińska M.: Ochrona zdrowia i ubezpieczenie zdrowotne. W: Polityka społeczna. A. Kurzynowski (red.). Oficyna Wydawnicza SGH. Warszawa 2002.