



MINISTER ZDROWIA

SPR. 7-Kościeł
Wpłynęło dn. 20.04.10
nr. 2619
Opis: W
U

Warszawa, 2010-04-12

MZ-ZP-Z-070-17428-1/BW/10

dot. PPS/D BK-053-2557/10

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 16.04.2010

nr. 2133 podpis. Danusia

Pan

Bogdan BORUSEWICZ

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Stanisław Paweł Małoch

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Senatora Wiesława Dobkowskiego, podczas 49 posiedzenia Senatu RP w dniu 18 lutego 2010 r., otrzymanym przy piśmie z dnia 12 marca 2010 r. znak: DSPA-4813-10-(1)/10, w sprawie zapewnienia należytej opieki pielęgniarstwowej w domach pomocy społecznej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Opieka nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi realizowana jest w dwóch działach administracji rządowej: zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Zakres zadań przewidzianych do realizacji w poszczególnych obszarach, wskazuje na konieczność ich zróżnicowania.

W odniesieniu do pełnionych funkcji należy zauważyć różnice wynikające z zadań jakie są przypisane zakładom opieki zdrowotnej (zakłady opiekuńczo lecznicze i zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze) i domom pomocy społecznej. Po stronie ochrony zdrowia opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Celem tej opieki jest także przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Dom pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb

osób w nim przebywających. Dom pomocy społecznej, ze względu na podleganie innemu, niż zakład opieki zdrowotnej, reżimowi prawnemu nie zawiera z Narodowym Funduszem Zdrowia umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, ma jednak obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom pomocy w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów.

Jednym ze sposobów realizacji tego zadania w obecnym stanie prawnym jest przewidziana w art. 2 ust 2a w/w ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) – możliwość zlokalizowania w domu pomocy społecznej, jednostki organizacyjnej wydzielonej ze struktury zakładu opieki zdrowotnej, w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych mieszkańcom placówki. Rozwiązanie to umożliwia skorzystanie z pomocy lekarskiej czy pielęgniarskiej na miejscu, bez konieczności dowożenia pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej (lekarza, pielęgniarki), co w przypadku pacjentów starszych czy niepełnosprawnych z pewnością nie jest bez znaczenia.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.). Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Kryterium kwalifikującym do objęcia świadczeniobiorcy opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta. Stan zdrowia pacjenta determinuje zapotrzebowanie na usługi o charakterze leczniczym (kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego), rehabilitacyjnym oraz pielęgnacyjno – opiekuńczym. Do oceny zapotrzebowania na opiekę wykorzystuje się m.in. skalę opartą na skali Barthel.

Skala ta wykorzystywana jest także na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia do określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Celem poprawy dostępności do gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej dokonano nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Zmiany dotyczyły m.in. wykreślenia z przepisu § 9 ust. 2 konieczności realizacji, przez okres powyżej 14 dni, co najmniej jednego ze świadczeń pielęgnacyjnych, wymienionych w § 9 ust. 2 pkt 1-7 tego rozporządzenia, np. pielęgnacji przetoki czy wykonywania opatrunków. Ponadto określono, iż pielęgniarka może jednocześnie opiekować się nie więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami i nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej). Wprowadzone zmiany powodują, że zarówno w opiece stacjonarnej jak i domowej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

Odnosząc się bezpośrednio do realizacji zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, informuję, że w następstwie wydania przez Prezesa NFZ zarządzenia Nr 36/2009/DSOZ z dnia 30 lipca 2009 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, metoda zadaniowa finansowania świadczeń została zlikwidowana (z terminem zakończenia udzielania świadczeń do 28 lutego 2010).

Od dnia 1 marca 2010 r. świadczeniobiorcom udzielane są świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, na warunkach określonych w znowelizowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1147, ze zm.). Ww. świadczenia zostały zabezpieczone przez oddziały wojewódzkie Funduszu poprzez aneksowanie umów wieloletnich oraz dodatkowo poprzez przeprowadzenie konkursu ofert na ten zakres świadczeń.

Nie wszyscy świadczeniobiorcy, którzy dotychczas korzystali z pielęgniarstwa opieki domowej w POZ, kwalifikują się do objęcia pielęgniarstwem długoterminowym domowym, ze względu na obowiązujące kryteria. Pielęgniarstwo domowe w POZ realizowane przez pielęgniarkę POZ w domu lub w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, dotyczyła wyłącznie tych świadczeniobiorców, u których stwierdzono ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i zapotrzebowanie na opiekę ocenione skalą opartą na Skali Barthel wynosiło nie więcej niż 60 punktów. Natomiast do objęcia pielęgniarstwem długoterminowym domowym będą kwalifikowane osoby, u których stwierdzono ograniczenie sprawności psychofizycznej spowodowane procesem chorobowym i zapotrzebowanie na opiekę ocenione skalą opartą na Skali Barthel wynosi od 0-40 punktów. Powyższe nie oznacza jednak, iż osoby, które ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarstwa zostaną ich pozbawione.

Pielęgniarka POZ realizowała i nadal jest zobowiązana, na podstawie umowy zawartej z Funduszem, realizować opiekę pielęgniarstwa, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i w warunkach domowych, na rzecz zadeklarowanych do niej świadczeniobiorców. Od 1 marca 2010 roku świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej są finansowane wyłącznie w oparciu o roczną stawkę kapitacyjną korygowaną współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy, tak jak miało to miejsce w 2009 roku. Współczynnik dla pensjonariuszy DPS wynosi 3,5, co oznacza, że stawka kapitacyjna dla tych ubezpieczonych wynosi x 3,5.

W odniesieniu do finansowania świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej realizowanej dla mieszkańców domów pomocy społecznej wyjaśniam, że wskaźnik 0,4 został przyjęty w związku z nieuwzględnieniem w rozporządzeniu zmieniającym w sprawie świadczeń gwarantowanych, liczby pacjentów objętych przez 1 pielęgniarkę, którą proponował NFZ tj. 15 chorych. Kwestia ta była omawiana w zespołach roboczych organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, jak również prezentowana na posiedzeniu Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia w dniu 20 października 2009 r. Wskaźnik ten został wyliczony w proporcji do zmniejszenia liczby pacjentów z 15 na 12 przebywających pod jednym adresem zamieszkania.

Informuję, że w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.), obszar zagadnień związany z finansowaniem i kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych z powyższego zakresu był szeroko analizowany i omawiany przez przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, z przedstawicielami pielęgniarstw zawodowych. W dniu 27 stycznia 2010 roku odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z udziałem przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

W wyniku podjętej dyskusji ustalono, że celem poprawy finansowania świadczeń pielęgniarstw domowej, realizowanej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, Narodowy Fundusz Zdrowia po zakończeniu konkursów ofert na świadczenia w zakresie pielęgniarstw domowej, zobowiązuje się do niezwłocznej zmiany zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie zmiany wskaźnika z 0,4 na 0,5 dla pacjentów zamieszkujących pod jednym adresem zamieszkania i aneksowania umów w zakresie wprowadzenia wskaźnika 0,5.

Mając na względzie konieczność zapewnienia jednolitej wykładni przepisów aktów normatywnych wydawanych przez Ministra Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia przekazało do Narodowego Funduszu Zdrowia stanowisko w sprawie interpretacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2009 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – pismo z dnia 8 lutego 2010 r., znak: MZ-ZP-O-024-16939-5/MSZ/10. W stanowisku Ministerstwo Zdrowia wskazało, że przepisy rozporządzenia nie wyłączają ani nie ograniczają możliwości objęcia opieką przez jedną pielęgniarkę mieszanej grupy świadczeniobiorców, tj. pozostających zarówno pod tym samym adresem zamieszkania jak i w rozproszeniu (pod różnymi adresami zamieszkania).

Informuję, że chwili obecnej Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi prace analityczne nad możliwością wprowadzenia mieszanej formy finansowania w pielęgniarstw domowej tj. takiego, który zezwalałby na możliwość objęcia opieką przez jedną pielęgniarkę części chorych zamieszkałych pod jednym adresem a części pod wieloma adresami zamieszkania.

Mając na uwadze konieczność ponownego odniesienia się do zabezpieczenia świadczeń pielęgniarstwa długoterminowej domowej dla pensjonariuszy domów pomocy społecznej, Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej podjęło działania mające na celu ustalenie rzeczywistej liczby pensjonariuszy domów pomocy społecznej wymagających udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej oraz ustalenie jak zabezpieczone są świadczenia zdrowotne lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Po zakończeniu prac będzie możliwe ponowne przedstawienie informacji z powyższego zakresu.

2

[Signature]

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSZEFETARZ STANU

[Signature]
Marek Twardowski