



J. Winiarski
GABINET MARSZAŁKA SENATU
Marszałek Senatu
wpłynęło dn. 21.04.10
nr 2798 podpis *M*

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 21.04.2010
nr 2274 podpis

MINISTER ZDROWIA

Warszawa.....2010-04-07

MZ-PP-070-4916-3/JJ/10

**Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Panią Senator Janinę Fetlińską, przekazane przy piśmie z dnia 16 lutego 2010r. (znak: BPS/DSK-043-2379/10) w sprawie pielęgnarskich świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej ogłoszenia w krótkim czasie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.) wyjaśniam że zbyt krótki czas procedowania tego aktu prawnego wynika z faktu, że termin wejścia w życie wyznaczony był na dzień 31 sierpnia 2009r. (z tą chwilą ustawa koszykowa uchylała koszyk negatywny, a zatem w przypadku nie wejścia w życie rozporządzeń koszykowych powstać mogłaby luka prawna i brak regulacji przewidujących jakie świadczenia przysługują świadczeniobiorcom – stwarzałoby to zagrożenie dla zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej).

Przyjęty sposób procedowania zgodny był z § 13 uchwały nr 49 Rady Ministrów, który stanowi o tym, że termin uzgodnień wyznacza się z uwzględnieniem pilności projektu, przy czym jeżeli dla rozporządzenia jest krótszy niż 7 dni – wymaga to uzasadnienia. Pismo przewodnie datowane było na 11 sierpnia br. – uwagi do 20 sierpnia, a zatem faktycznie było 9 dni, co nie wymagało uzasadnienia. W przypadku jednakże tych podmiotów, do których projekt trafił z opóźnieniem np. 15 sierpnia i które miały tylko 5 dni na zaopiniowanie – zgodnie z §13 ww. uchwały w piśmie przewodnim uzasadniono taki termin, a zatem zwrócono uwagę na pilność projektu i konieczność szybkiego zajęcia stanowiska przez podmiot uczestniczący w konsultacjach społecznych.

Zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej gwarantuje równość do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym również mieszkańców domów pomocy społecznej. W żadnej części tego zarządzenia fakt zamieszkania ubezpieczonego w domu pomocy społecznej nie ogranicza i nie wyłącza jego prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych na zasadach ogólnych.

Dom pomocy społecznej dla swoich mieszkańców jest szczególnym, ale jednak miejscem zamieszkania. Pensjonariuszom domów pomocy społecznej przysługuje takie samo prawo do wszystkich świadczeń zdrowotnych, jak każdemu innemu ubezpieczonemu.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z przepisami art. 68 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175 poz. 1362 z późn. zm.) domy pomocy społecznej zapewniają całodobową opiekę swoim podopiecznym, którzy są niepełnosprawni, przewlekle chorzy lub w podeszłym wieku. Opieka ta polega na świadczeniu przez całą dobę usług opiekuńczych, które zapewniają m.in. pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby i opiekę higieniczną.

Natomiast do opieki pielęgniarstwiej długoterminowej domowej należy zgłosić tych świadczeniobiorców, którzy zgodnie z §10 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.), posiadają skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego należy dołączyć kartę oceny świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, której wzór stanowi załącznik nr 3 do ww. rozporządzenia.

Należy podkreślić, iż pielęgniarstwiej opieka długoterminowa domowa jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach leczenia stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgniarstwiej udzielanej w warunkach domowych. Należy rozróżnić świadczenia opiekuńcze i higieniczne, które realizowane są przez instytucję pomocy społecznej lub rodzinę chorego, od świadczeń pielęgniarstwiej tzn. takich, których nie mogą wykonać inne osoby. Zadaniem pielęgniarstwiej opieki długoterminowej domowej jest zwłaszcza prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niepełnosprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi. Czynności pielęgniarstwiej obejmują np. zmianę opatrunków wykonywanych w sposób sterylny, zakładanie cewnika, płukanie

pęcherza, założenie sondy do żołądka, podawanie płynów infuzyjnych i leków w kroplowych wlewach dożylnych. Oznacza to, że nie każda osoba przewlekle chora, niepełnosprawna lub w podeszłym wieku będzie mogła korzystać ze świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Ponadto uprzejmie informuję, że świadczenia opieki długoterminowej są świadczeniami planowanymi a nie nagłymi, dlatego też istnieje prawdopodobieństwo oczekiwania na udzielenie tego świadczenia. Z tego też powodu w przepisach zarządzenia Prezesa NFZ uwzględniono przepis w §13 ust. 2 pkt 12, który określa, iż w przypadku, gdy termin pierwszej wizyty pielęgniarstwa jest rozbieżny z terminem rozpoczęcia realizacji zabiegów określonych na skierowaniu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego np. iniekcje, zmiany opatrunków, wówczas pielęgniarka opieki długoterminowej domowej informuje świadczeniobiorcę o konieczności zgłoszenia się do pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, w celu realizacji zleceń lekarskich. Również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139 z późn. zm.) w załączniku nr 2 w części I pkt 3 stanowią o realizacji świadczeń przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w domu świadczeniobiorcy, które są udzielane wyłącznie w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej, zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.

Odnosząc się do kwestii finansowania świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, uprzejmie informuję, iż wskaźnik 0,4 został przyjęty w związku z nieuwzględnieniem w rozporządzeniu zmieniającym w sprawie świadczeń gwarantowanych, liczby pacjentów objętych przez 1 pielęgniarkę, którą proponował Fundusz tj. 15 chorych, o których była mowa na zespołach roboczych organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, jak również prezentowane na posiedzeniu w Senacie na Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia w dniu 20 października 2009 r. Niemniej jednak Fundusz rozważał możliwość zmiany wskaźnika z 0,4 na 0,5. Proponowana zmiana była przedstawiona dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu, którzy mieli oszacować skutki finansowe zmiany wskaźnika z 0,4 na 0,5 zakładając, że zmiana weszłaby w życie od 1 marca 2010 r. dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu zobowiązano również do oszacowania możliwości finansowania tej zmiany przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Z danych przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wynika, iż szacowane dodatkowe

środki finansowe za 10 m-cy (od marca do grudnia 2010 r.) na zaproponowaną zmianę wynoszą ok. 20 mln. Z uwagi na to, że 4 oddziały wojewódzkie Funduszu nie przekazały danych w tym zakresie można wnioskować, że ww. zmiana wymagałaby dodatkowych środków finansowych w wysokości ok. 24 mln.

Z informacji przekazanych z 13 oddziałów wojewódzkich Funduszu wynika, iż nie posiadają możliwości sfinansowania zaproponowanej zmiany, dlatego w chwili obecnej, zmiana wskaźnika z 0,4 na 0,5 w pielęgniarstwie długoterminowej domowej nie zostanie wprowadzona.

Ponadto z informacji przekazanych przez Fundusz, wynika że średnia cena za osobodzień w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w 2009 r. wynosiła 27 zł. Z planu zakupu świadczeń na 2010 r. wynika, że średnia cena za osobodzień wynosi 28 zł. Jednak w postępowaniach konkursowych oraz rokowaniach, świadczeniodawcy w swoich ofertach proponowali niższe ceny od zaplanowanej przez dany oddział wojewódzki Funduszu np. w oddziale małopolskim kilku świadczeniodawców przedstawiło ceny niższe od oczekiwanej tj. poniżej 26 zł. Cena ta jest ceną realną, co wynika choćby z wykonywania świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w 2009 roku w województwie mazowieckim, gdzie cena za osobodzień wynosiła 21 zł a na 2010 r. zaplanowano cenę 25 zł. Dla porównania cen, za porady lekarskie wraz z diagnostyką, za które płaci Fundusz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, wynoszą one ok. 36 zł, a średnia cena w hospicjum domowym, które oprócz świadczeń pielęgniarstwa zapewnia świadczenia wykonywane przez lekarzy, psychologów, rehabilitantów oraz oprócz nesesera pielęgniarstwa zapewnia do wypożyczenia chorym do domu koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pompy infuzyjne, kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie – wynosi 42 zł. Tak więc biorąc pod uwagę ceny za świadczenia realizowane w różnych zakresach świadczeń oraz możliwości finansowe Funduszu, finansowanie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej nie jest zaniżone.

Różnice średnich cen za osobodzień w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ mogą wynikać z regionalnego kształtowania się cen i usług konsumpcyjnych. Natomiast różnice cen w tym samym województwie mogą wynikać z cen przedłożonych przez świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert, w składanych przez siebie ofertach oraz ustalonych podczas negocjacji lub rokowań.

Należy również zaznaczyć, że o podziale środków finansowych na poszczególne zakresy świadczeń decyduje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, uwzględniając przy tym potrzeby oraz możliwości realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach.

Oddziały wojewódzkie Funduszu mogą uwzględniać przedstawioną kalkulację kosztów świadczeniodawców zależną od standardów wyposażenia i kwalifikacji personelu. Należy jednak nadmienić, że zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach Fundusz zobowiązany jest do przestrzegania zasady zrównoważenia środków przekazywanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z przychodami.

Odnosząc się do wymogu posiadania 1-letniego stażu pracy w lecznictwie stacjonarnym, uprzejmie informuję, iż w stosunku do świadczeniodawców – pielęgniarek oraz świadczeniodawców zatrudniających pielęgniarki, którzy przystąpią do zawierania umów w zakresie pielęgnarska opieka długoterminowa domowa i następnie do ich realizacji od dnia 1 marca 2010 r., a uprzednio wymienieni świadczeniodawcy wykonywali świadczenia zdrowotne na podstawie umów z NFZ, w zakresie podstawowa opieka zdrowotna finansowana metodą zadaniową oraz w stosunku do pielęgniarek, które sprawowały opiekę nad pensjonariuszami DPS-ów w ramach uprawnień zawodowych pielęgniarek, a także na podstawie umów z NFZ będą realizować świadczenia w rodzaju pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, uznaje się posiadany przez oferentów staż zawodowy jako równoważny z wymogiem posiadania rocznego stażu pracy w lecznictwie stacjonarnym. Powyższa informacja została przekazana do wiadomości dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu.

z poważaniem

[Signature]
Z powołania
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETAŹ STANU

Marek Haber