



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-ZR-71-17572-1/AK/09

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 6.11.09.

nr 5701 podpis Borusewicz

SECRETARIAT
Biura Prac Senackich
Warszawa,
wpłynęło dn. 9.11.09. zał.
7627 podpis RR

2009-11-04

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Senatory R-e Mertzorku,

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Panią Senator Janinę Fetlińską i Pana Senatora Stanisława Gogacza na 41. posiedzeniu Senatu w dniu 7 października 2009 r., przesłane przy piśmie Pani Krystyny Bochenek, Wicemarszałka Senatu, z dnia 13 października 2009 r., znak: BPS/DSK-043-1991/09, w sprawie świadczeń pielęgniarских w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) i świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, ze zm.) oraz w aktach wykonawczych do ww. ustawy, w tym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (Dz. U. Nr 140, poz. 1147).

Szczegółowe zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych określają zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 105/2008/DSOZ z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, ze zm., oraz Nr 96/2008/DSOZ z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

W odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców, którzy w ocenie w skali Barthel uzyskali do 60 punktów, w związku z nieuwzględnieniem tych świadczeń w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ na 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, uprzejmie informuję, iż pielęgniarka POZ realizuje i w 2010 r. nadal będzie realizować świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i w warunkach domowych. Zniesienie przez Prezesa NFZ wymogu uzyskania przez świadczeniobiorcę do 60 punktów w teście oceny według skali Barthel nie oznacza, iż osoby, które – ze względu na istniejące problemy zdrowotne – wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarских zostaną ich pozbawione. Przeciwnie, powyższa zmiana powinna przyczynić się do poprawy dostępności do świadczeń pielęgniarских w POZ, realizowanych również w warunkach domowych, poprzez zabezpieczenie dostępności do ww. świadczeń dla wszystkich świadczeniobiorców, zadeklarowanych do pielęgniarki POZ, niezależnie od ich poziomu samoobsługi w skali Barthel.

Odnosząc się do poruszonej kwestii nie rozliczania świadczeń zdrowotnych pielęgniarki POZ w oparciu o metodę zadaniową, uprzejmie informuję, że finansowanie świadczeń ww. metodą zostało zniesione ww. zarządzeniem Nr 36/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 lipca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Według wyjaśnień Narodowego Funduszu Zdrowia, powyższa sytuacja wynika z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie Funduszu, polegających na braku ponadplanowych przychodów, jakie umożliwiłyby dokonanie zmian w planie finansowym i w efekcie tego podejmowanie nowych zobowiązań finansowych w przedmiotowym zakresie świadczeń. Zgodnie bowiem z art. 132 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Ponadto według art. 118 ust. 1 ww. ustawy plan finansowy Funduszu musi być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Niemniej jednak uprzejmie zaznaczam, iż do umów o udzielanie świadczeń w zakresie: świadczenia pielęgniarki POZ, zawartych przed dniem 1 sierpnia br., dla których warunki umowy określają zadaniową formę finansowania świadczeń, do dnia 31 grudnia br. stosuje się przepisy zarządzenia Nr 105/2008/DSOZ w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie zarządzenia Nr 36/2009/DSOZ.

Należy jednak podkreślić, iż umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia pielęgniarki POZ w kapitacyjnej i w zadaniowej metodzie finansowania, merytorycznie, tj. pod względem zakresu zadań nie są zróżnicowane, zatem likwidacja metody zadaniowej przy rozliczaniu realizacji świadczeń pielęgniarki POZ nie ma przełożenia na dostępność do tych świadczeń. Wszyscy świadczeniobiorcy, którzy dokonali wyboru pielęgniarki POZ na podstawie deklaracji wyboru, niezależnie od przyjętej w umowie przez świadczeniodawcę metody finansowania świadczeń, powinni być objęci kompleksową i odpowiednią do stanu zdrowia opieką pielęgniarską, zgodnie z zakresem kompetencji pielęgniarki POZ, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 214, poz.1816).

Nawiązując do informacji zawartych w oświadczeniu, iż pielęgniarka POZ obejmuje opieką do 2750 świadczeniobiorców, a pielęgniarka wykonująca świadczenia w ramach pielęgniarskiej opieki domowej w POZ miała pod swoją opieką do 8 pacjentów, uprzejmie informuję, że zgodnie z zarządzeniem Nr 105/2008/DSOZ liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ nie powinna przekroczyć 2 750 osób, w tym jedna pielęgniarka nie może obejmować pielęgniarską opieką domową równocześnie więcej niż 8 podopiecznych.


W związku z powyższym, uprzejmie wyjaśniam, że Narodowy Fundusz Zdrowia dla pielęgniarek, które wybrały metodę zadaniową przy rozliczaniu realizacji świadczeń pielęgniarki POZ, w tym pielęgniarskiej opieki domowej w POZ, ustalił liczbę 5 500 punktów jako limit punktów dla jednego etatu przeliczeniowego, możliwy do wypracowania przez jedną pielęgniarkę POZ w ciągu jednego miesiąca. Katalog świadczeń pielęgniarskich w POZ wraz z wyceną punktową określa załącznik nr 15 do ww. zarządzenia. Przy czym 80% z liczby 5 500 punktów pielęgniarka POZ powinna przeznaczyć na realizację pielęgniarskiej opieki domowej w POZ, a pozostałe 20% z liczby 5 500 punktów – na realizację świadczeń pielęgniarki POZ, na rzecz pozostałych świadczeniobiorców, którzy nie są objęci pielęgniarską opieką domową w POZ, z zastrzeżeniem, że świadczeniobiorcy ci również złożyli deklarację wyboru pielęgniarki POZ do tej pielęgniarki.

Natomiast pielęgniarki, które wybrały metodę kapitacyjną przy realizacji świadczeń pielęgniarki POZ, w tym pielęgniarskiej opieki domowej w POZ rozliczane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, korygowanej współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej świadczeniobiorcy. Dla świadczeniobiorców od 0 do 6 roku życia współczynnik wynosi 1,3 a dla świadczeniobiorców od 7 roku życia do 65 roku życia - 1,0 oraz dla

świadczeniobiorców powyżej 65 roku życia - 2,0 i dla podopiecznych DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - 3,5.

Odnosząc się do poruszonej w oświadczeniu kwestii niedostatecznej dostępności do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, uprzejmie informuję, że w br., w oparciu o zarządzenie Nr 96/2008/DSOZ, do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych mogą być przyjęci pacjenci z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskali 40 punktów lub mniej, a do pielęgniarstwiej opieki długoterminowej domowej mogą być zakwalifikowani pacjenci przewlekłe chorzy, niezdolni do samoopieki, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów i wymagają bezwzględnie realizacji przynajmniej jednego z wymienionych w ww. zarządzeniu świadczeń pielęgniarstwiej, np. pielęgnacji przetoki, przez okres powyżej 2 tygodni. Powyższe regulacje, dotyczące warunków udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej zostały uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (Dz. U. Nr 140, poz. 1147), w związku z rekomendacją Agencji Oceny Technologii Medycznych, dotyczącą uwzględnienia na wykazach świadczeń gwarantowanych tych świadczeń, które obecnie są finansowane ze środków publicznych, ze względu na fakt, iż ich skuteczność została potwierdzona wieloletnią praktyką kliniczną oraz wielokrotnym opiniowaniem przez Konsultantów Krajowych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad nowelizacją ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, celem zwiększenia dostępności do przedmiotowych świadczeń opieki zdrowotnej. Zaprojektowane zmiany dotyczą m.in. wykreślenia z § 9 ust. 2 ww. rozporządzenia wymogu realizacji co najmniej jednego z wymienionych w punktach 1 - 7 świadczeń pielęgniarstwiej przez okres powyżej 14 dni.


Z upoważnienia,
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Jakub Szulc