



GABINET MARSZAŁKA SENATU
Biuro Prac Senackich
Wpłynęło dn. 17.03.2010
nr. 1326... podpis.....
Wpłynęło dn. 18.03 zał.....
nr. 1801... podpis.....

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 -03- 15

MZ-ZP-Z-070-17182-3/BW/10

**Pan
Bogdan BORUSEWICZ**

**Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej**

Stanisław Paweł Kucharski

W związku z oświadczeniem złożonym przez Pana Senatora Władysława Sidorowicza, podczas 48 posiedzenia Senatu RP w dniu 4 lutego 2010 r., otrzymanym przy piśmie z dnia 16 lutego 2010 r. znak: BPS/DSK-043-2428/10, w sprawie finansowania świadczeń opieki długoterminowej w ZOL/ZPO, w tym udzielenia odpowiedzi na pytanie czy warunki kontraktowania świadczeń w powyższym zakresie uwzględniają rzeczywiste koszty wykonywania tych usług, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

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.

Zgodnie z rozporządzeniem 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.) świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Do oceny zapotrzebowania na opiekę wykorzystuje się m.in. skalę opartą na skali Barthel. Skala ta wykorzystywana jest również na potrzeby Narodowego

Funduszu Zdrowia do określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Ww. zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach), gdyż właśnie oni posiadają najpełniejszą wiedzę dotyczącą zapotrzebowania na liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych w danym regionie, przy jednoczesnej odpowiedzialności za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi kierowanych przez siebie oddziałów.

W odniesieniu do finansowania świadczeń opieki długoterminowej informuję, że zmiana zasad finansowania w zakładach opiekuńczych dla zakresu: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym/opiekuńczo–lecniczym jak i świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo–lecniczym dla dzieci i młodzieży polegała na wprowadzeniu wskaźników korygujących, tak aby żywienie dojelitowe i pozajelitowe wchodziło w cenę osobodnia a nie jak dotychczas było finansowane ze świadczeń odrębnie kontraktowanych:

- współczynnik 2,8 dla osobodnia pobytu w ZPO/ZOL pacjentów dorosłych dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel i dzieci do ukończenia 3 roku życia (żywienie dojelitowe w cenie osobodnia),
- współczynnik 4,1 dla osobodnia pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel (żywienie pozajelitowe w cenie osobodnia),
- współczynnik 4,5 dla osobodnia pobytu w ZPO/ZOL dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel i dzieci do ukończenia 3 roku życia (żywienie pozajelitowe w cenie osobodnia).

Ponadto w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych zrezygnowano z możliwości łączenia świadczeń odrębnie kontraktowanych - „*tlenoterapia w warunkach*

domowych”, dlatego, że w zakładach tych wymogiem obligatoryjnym jest posiadanie koncentratora tlenu lub innego źródła tlenu (1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżko).

Przyczyną odstąpienia od możliwości łączenia realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych z wyjątkiem świadczeń dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie, ze świadczeniami odrębnie kontraktowanymi tj. żywienie dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych i tlenoterapia w warunkach domowych, jest w szczególności porządkowanie przepisów prawa. Oznacza to, że świadczenie „tlenoterapia w warunkach domowych” oraz „żywienie dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych” przeznaczone są dla świadczeniobiorców przebywających w domu, w tym w domu pomocy społecznej a nie w zakładach opieki zdrowotnej, jakimi są również zakłady opiekuńczo - lecznicze czy pielęgnacyjno – opiekuńcze. Wynika to z definicji zakładu opieki zdrowotnej zawartej w art. 2 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14 poz. 89 z późn. zm.). Ponadto zgodnie z § 8 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 81, poz. 484) świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy. Tak więc uporządkowanie przepisów zarządzenia jest oczywiste.

W ocenie Narodowego Funduszu Zdrowia, fakt znacznej dysproporcji cenowej za osobodzień za pacjentów, którzy przebywają w zakładzie opiekuńczym i w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 0 punktów (198 zł) w odniesieniu do pacjentów, którzy uzyskali 5 i więcej punktów (70 zł), wynika z wprowadzenia żywienia dojelitowego w ramach stawki za osobodzień.

Współczynniki korygujące dla wartości osobodnia za pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczych, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel i żywionych pozajelitowo, zostały zastosowane w oparciu o cenę tego świadczenia realizowanego w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych z pomniejszeniem kosztów osobowych, ponieważ w zakładzie opiekuńczym zatrudniani są lekarze oraz pielęgniarki sprawujący kompleksową opiekę nad chorymi tam przebywającymi. W świadczeniu udzielanym w zakładzie opiekuńczym dla dzieci, wskaźnik ten został zmniejszony w odniesieniu do zaproponowanego w projekcie zarządzenia, po konsultacji przeprowadzonej w dniu 15 października 2009 r. z dyrektorami wojewódzkich oddziałów Funduszu.

Zróżnicowanie stawki za osobodzień pacjentów żywionych drogą naturalną tj. doustnie wobec pacjentów żywionych drogą inną niż doustna tj. przez PEG – gastrostomię lub PEJ - jejunostomię lub zgłębnik, wynika w szczególności z:

- sposobu żywienia, metod, a tym samym uprawnień i umiejętności przy karmieniu doustnym i dojelitowym;
- sposobu przygotowania posiłków lub zastosowania diety przemysłowej, w tym przy zastosowaniu diety kuchennej zmiksowanej przy karmieniu doustnym i przygotowywanej do podawania przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię. Innego przygotowania, konsystencji i rozdrobnienia wymaga pokarm podawany doustnie w odróżnieniu do podawanych przez zgłębnik, gastrostomię lub jejunostomię;
- sprzętu używanego do karmienia doustnego i dojelitowego;
- ilości podawanych posiłków i płynów na dobę, w tym ilości mililitrów podawanych na jeden posiłek, zwłaszcza przy zastosowaniu diety kuchennej;
- pielęgnacji miejsca podawania posiłku przy karmieniu doustnym i żywieniu dojelitowym przez PEG lub PEJ również przez zgłębnik;
- badań stosowanych przy kontroli żywienia dojelitowego tj. gazometria żylna, jonogram, glikemia, stężenie triglicerydów, cholesterolu, mocznika i kreatyniny w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspAT, AlAT, GGTP, AP, morfologia krwi, CRP, układ krzepnięcia – co 1-3 miesiące, densytometria – raz w roku, USG jamy brzusznej – raz w roku, diagnostyka mikrobiologiczna – zależnie od potrzeb;
- możliwości występowania powikłań przy żywieniu dojelitowym tj. zakażenie dostępu żylnego (od 0,2 do 0,6/rok leczenia), zakrzepica żył obwodowych lub centralnych, zaburzenia metaboliczne elektrolitowe, zaburzenia wątrobowe, hipo- i hiperglikemia, metaboliczna choroba kości, inne zaburzenia niedoborowe lub toksyczne;
- sprzętu używanego do pielęgnacji pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 0 punktów;
- personelu zatrudnionego w opiece nad pacjentami, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 0 punktów np. wymóg zatrudnienia rehabilitanta ¼ etatu na 1 łóżko, w odróżnieniu do pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 5 - 40 punktów i karmieni są doustnie – zatrudnienie rehabilitanta w ilości 2 etatów na 35 chorych.


W karmieniu doustnym pacjenta, może brać udział każdy personel medyczny. Również wolontariusze i rodziny chorych włączani są do karmienia swoich bliskich. Natomiast żywienie drogą inną niż doustna, w warunkach stacjonarnych wykonywane jest przez personel do tego uprawniony czyli pielęgniarki.

W zakresie świadczeń w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie jak i w zakresie świadczeń opiekuńczo – leczniczych dla dzieci wentylowanych mechanicznie ze względu na małą skalę problemu istnieje możliwość łączenia realizacji świadczeń z katalogiem świadczeń odrębnie kontraktowanych.

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. W dniu 27 stycznia 2010 roku odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z udziałem przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia. Podczas spotkania ustalono, że celem poprawy finansowania świadczeń realizowanych dla pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymali „0” punktów i nie jedzą samodzielnie, ale mają zachowany odruch połykania Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązał się do aneksowania umów i wprowadzenia dla tej grupy świadczeniobiorców wskaźnika 2,0.

Uprzejmie informuję, że w chwili obecnej Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi prace analityczne nad możliwością wprowadzenia zaproponowanych zmian w finansowaniu świadczeń realizowanych dla pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymali „0” punktów i nie jedzą samodzielnie.

Przedstawiając powyższe, dziękuję Panu Senatorowi za wyrażone zaangażowanie i troskę o odpowiednie zabezpieczenie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób obłożnie i przewlekle chorych, wymagających wsparcia i opieki osób trzecich.


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Twardowski