



GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 18. 10. 2010.
nr. 5375 podpis. Borusewicz

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010-10-15

MZ-ZP-Z-070-18286-3/BW/10

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 19. 10. 2010. r. za
nr. 8013 podpis. K.

Pan
Bogdan BORUSEWICZ

Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Nawiązując do pisma z dnia 29 lipca 2010 r., znak: MZ-ZP-Z-070-18286-1/BW/10 zawierającego prośbę o przedłużenie terminu udzielenia odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Senatora Mieczysława Augustyna, podczas 58 posiedzenia Senatu RP w dniu 2 lipca 2010 r., otrzymanym przy piśmie z dnia 8 lipca 2010 r., znak: BPS/DSK-043-2820/10, w sprawie ograniczania dostępności do świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej osobom przebywającym w domach pomocy społecznej, 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.

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.

Informuje, że Ministerstwo Zdrowia podjęło działania mające na celu poprawę dostępności do gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W tym celu 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.

Sposób finansowania pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej jako produktu kontraktowanego przez NFZ określają: 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 oraz zarządzenie Nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. i zarządzenie Prezesa NFZ nr 25/2010/DSOZ z dnia 9 czerwca 2010 zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Świadczenia pielęgniarstwa długoterminowego domowego, realizowane na rzecz świadczeniobiorców od dnia 1 marca 2010 r., zostały zabezpieczone przez oddziały wojewódzkie Funduszu poprzez aneksowanie umów wieloletnich oraz dodatkowo poprzez przeprowadzenie konkursów ofert na ten zakres świadczeń.

Podkreślam, że na terenach gdzie nie są zabezpieczone świadczenia przez pielęgniarstwo długoterminowe domowe, opiekę nad pacjentami będzie sprawowała pielęgniarka poz – kapitałowa metoda finansowania do której pacjent jest zadeklarowany. 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 bezpośrednio do pytań zawartych w oświadczeniu Pana Senatora Mieczysława Augustyna zawierających zastrzeżenia do wydanego zarządzenia Nr 25/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 czerwca 2010 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, uprzejmie informuję, że wykreślone zostały niektóre czynności z dotychczas obowiązującej „Karty czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”. Jednak zgodnie z wyjaśnieniami złożonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, „Karta czynności pielęgniarstwa dla pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”, stanowiąca załącznik nr 1 do zarządzenia zmieniającego, jest wyłącznie dokumentem sprawozdawczym i potwierdzającym przez pacjenta lub jego opiekuna wykonanie przez pielęgniarkę wymienionych czynności. W opinii Narodowego Funduszu Zdrowia modyfikacja tej Karty ma na celu uporządkowanie czynności wykonywanych przez pielęgniarkę opieki

długoterminowej domowej i służy celom statystycznym. Ponadto, w ocenie Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ, zmiana polegająca na wykreśleniu części czynności z ww. Karty nie ogranicza oraz nie zabrania wykonywania czynności pielęgniarских, ani nie odbiera uprawnień zawodowych wynikających z ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r., Nr 151, poz. 1217, ze zm.). Nie wpływa również na zmianę wyceny świadczeń w pielęgniarской opiece długoterminowej domowej, gdyż sposobem rozliczania tych świadczeń jest zapłata za osobodzień, co oznacza, że Fundusz finansuje każdy rozpoczęty dzień opieki od momentu objęcia opieką do dnia jej zakończenia, również w dni wolne, niedziele i święta, a nie poszczególne czynności wykonywane w ramach pielęgniarской opiece długoterminowej domowej.

Uzasadniając wyeliminowanie części czynności z ww. Karty, Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawił stanowisko, iż czynności proste do wykonania (np. zastosowanie ogólnodostępnych baniek lekarskich, wykonanie kompresu czy okładu), jak również czynności, które należy wykonać kilka razy dziennie (np. karmienie przez zgłębnik czy przetokę, pielęgnacja stomii, podawanie leków) powinny być odnotowywane w pkt 2.1. „Karty czynności pielęgniarских dla pielęgniarki opiece długoterminowej domowej”, który brzmi: *prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niesprawnością w stosunku do chorego oraz nauka pielęgnacji i samoobsługi*, gdyż rolą pielęgniarki opiece długoterminowej jest nauczanie pacjenta i/lub opiekunów wykonywania określonych czynności.

W odniesieniu do pozostałych wykreślonych czynności, w tym czynności: prowadzenie usprawniania ruchowego pacjenta, gimnastyka oddechowa – NFZ wskazał, iż możliwe jest ich odnotowanie w pkt 4.1 ww. Karty, który brzmi: *prowadzenie ćwiczeń biernych i czynnych u pacjenta leżącego, obejmuje zastosowanie gimnastyki oddechowej z oklepywaniem oraz gimnastykę kończyn dolnych i górnych oraz pionizację*, zaś czynność: pielęgnacja rurki tracheotomijnej jest uwzględniona w pkt 3.9 ww. Karty, który brzmi: *mechaniczne odbarczanie z wydzieliną górnych dróg oddechowych, obejmuje edukację dotyczącą pielęgnacji rurki tracheotomijnej*.

Natomiast pobieranie materiału do badań zostało wykreślone z „Karty czynności pielęgniarских dla pielęgniarki opiece długoterminowej domowej”, gdyż zgodnie z załącznikiem nr 2, część II, lit. A, pkt 5, ppkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), pobieranie materiału do badań diagnostycznych należy do zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Również koszty związane z pobraniem materiału, opakowaniem do którego materiał należy pobrać oraz dostarczeniem do laboratorium i wykonaniem badania nie są kosztami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, lecz są przynależne świadczeniom realizowanym w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

W zakresie prowadzonych konsultacji, pytanie 5, informuję, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz.484) zwanym dalej „rozporządzeniem” Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w projekcie ww. zarządzenia, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Zgodnie zaś z art. 146 ust.2 ustawy, opinii takiej zasięgnął również od właściwego konsultanta krajowego. Jednocześnie Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przekazała do Funduszu swoje uwagi w piśmie znak: NIPiP/NRPiP/DM/0051/120/2010 z dnia 31 maja 2010 r., otrzymanym w dniu 8 czerwca 2010 r. Z uwagi na fakt, że uwagi do przedmiotowego projektu zostały przekazane po terminie nie mogły zostać przez Narodowy Fundusz Zdrowia uwzględnione. Wskazany przez Fundusz termin zgłaszania uwag upływał z dniem 20 maja 2010 r.

Uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 163 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.), bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji w całości lub w części, w przypadku gdy narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Badaniu, o którym mowa powyżej, zostało poddane również ww. zarządzenie Nr 25/2010/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W wyniku analizy merytorycznej ww. zarządzenia oraz w związku z pozyskanymi z Narodowego Funduszu Zdrowia wyjaśnieniami nie stwierdzono podstaw do jego uchylecia.

Przedstawiając powyższe, podkreślam, że celem uniknięcia niewłaściwej interpretacji zmian w omawianym zakresie, w dniu 10 września 2010 roku odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z udziałem przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia, podczas którego ustalono, iż obowiązujące zapisy dotyczące „Karty czynności pielęgnacyjnych dla pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej” zostaną zweryfikowane w pracach nad projektem zarządzenia na 2011 r.

Ponadto, 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 z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia, z przedstawicielami pielęgniarstwa organizacji zawodowych. Podkreślam, że Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia na bieżąco monitoruje sytuację w zakresie zabezpieczenia świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej. Z analizy danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wynika, iż od stycznia do lutego 2010 r. liczba pacjentów objętych opieką zarówno przez pielęgniarstwo pozadaniowe metodą finansowania (0-40 pkt. opartej na skali Barthel) jak i w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej łącznie wynosiła 27 963, natomiast w miesiącu **marcu** 2010 r. objętych pielęgniarstwem opieką długoterminową domową było 31 741 (według stanu na dzień 30 kwietnia 2010 r.), w miesiącu **kwietniu** 2010 r. objętych pielęgniarstwem opieką długoterminową domową było 34 348 (według stanu na dzień 30 maja 2010 r.), w miesiącu **maju** 2010 r. objętych pielęgniarstwem opieką długoterminową domową było 35 390 (według stanu na dzień 30 czerwca 2010 r.), w miesiącu **czerwcu** 2010 r. objętych pielęgniarstwem opieką długoterminową domową było 36 296 (według stanu na dzień 30 lipca 2010 r.), a więc o 8 333 więcej pacjentów w stosunku do stycznia i lutego 2010 r.

Ponadto, 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 w jakim stopniu

są zabezpieczone świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. Pozyskane dane od Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz z Narodowego Funduszu Zdrowia będą stanowiły punkt wyjścia do dalszej dyskusji merytorycznej. W chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizę merytoryczną pozyskanych danych.

Podsumowując, wskazuję, że 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.

Rozporządzenie 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 i Nr 211, poz. 1645) gwarantuje równość dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym również mieszkańcom domów pomocy społecznej. Mieszkańcy dps-ów mogą skorzystać z każdego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności takich jak: świadczenia lekarza i pielęgniarki poz, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w tym profilaktyka przeciwoleżynowa i zabiegi pielęgnacyjne, czy świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom dps pomocy w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, przysługujących im w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, spoczywa na kierownikach i pracownikach tych domów, do czego zobowiązują przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 115, poz. 728, z późn. zm).

Pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych oznacza m.in. pomoc w wypełnianiu deklaracji przy wyborze lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, czy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, doprowadzenie lub dowiezienie pensjonariusza domu pomocy społecznej do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarza specjalisty lub też pomoc w ewentualnym umieszczeniu danej osoby w szpitalu, zakładzie opiekuńczym lub w hospicjum, jeżeli istnieją wskazania medyczne i spełnione są kryteria kwalifikacji do tych zakładów.

W odniesieniu do zagadnienia dotyczącego podawania leków mieszkańcom domów pomocy społecznej wskazane byłoby rozważnie opracowania standardu postępowania w tym zakresie. Informuję, że celem poprawy jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach opieki długoterminowej, Ministerstwo Zdrowia podjęło działania związane z wypracowaniem standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej. W tym celu, został przygotowany *projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu pielęgnowania w opiece długoterminowej*. Przedmiotowy projekt rozporządzenia, zgodnie z procedurą legislacyjną, w najbliższym czasie zostanie skierowany do uzgodnień zewnętrznych. Podkreślam, że przyjęcie przedmiotowego projektu rozporządzenia w sprawie standardów pielęgnacji w opiece długoterminowej stanie się narzędziem do wprowadzenia oceny jakości opieki nad pacjentami niesamodzielnymi.

Z powierzeniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Adam Fronczak