



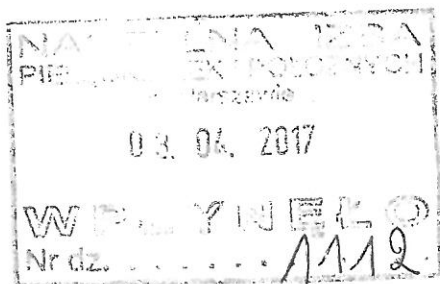
Minister Zdrowia

DM
i Zespół Opieki
Długoterminowej

Warszawa, 29 -03- 2017

MZ-PPA.0762.1.2017/BW

Pani Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Pani Grażyna Wójcik
Prezes Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na Państwa pismo z dnia 10 lutego 2017 r. sprawie odniesienia się do propozycji zawartych w Rekomendacjach wypracowanych w ramach debaty eksperckiej pn. „Długoterminowa opieka medyczna a zmiany systemowe w Polsce”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się bezpośrednio do punktów 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, informuję, że Ministerstwo Zdrowia mając na uwadze zachodzące procesy demograficzne dostrzega konieczność podjęcia prac nad nowelizacją obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej. Z uwagi na międzysektorowy charakter zagadnień, niezbędne jest traktowanie opieki długoterminowej nie tylko jako składowej systemu ochrony zdrowia ale również funkcjonujących rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej. W związku z powyższym ewentualne zmiany przepisów muszą przede wszystkim zapewnić komplementarność funkcjonowania rozwiązań w ramach systemu pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia oraz sposobu finansowania systemów opieki z różnych źródeł.

Mając na uwadze sygnały ze strony świadczeniobiorców, świadczeniodawców oraz ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest analiza przepisów dotyczących zakładów opiekuńczych oraz udzielanych w ich ramach świadczeń, nie tylko w zakresie zmian sposobu finansowania czy kryteriów kwalifikacji do tychże



zakładów, ale także możliwości i konieczności wprowadzenia nowych i dostosowania obecnie funkcjonujących form opieki długoterminowej do potrzeb społeczeństwa. Potencjalne rozwiązania muszą zostać rozważone pod kątem ich oddziaływania na sytuację pacjentów, ich rodzin, świadczeniodawców, systemu ochrony zdrowia oraz możliwości budżetowych, w tym możliwości budżetów lokalnych.

Ewentualne zmiany w zakresie sposobu finansowania pobytu pacjenta (w tym kosztów wyżywienia i zakwaterowania), przebywającego w ZOL lub ZPO oraz kryteriów kwalifikacji, muszą uwzględniać możliwość zabezpieczenia odpowiednich środków budżetowych. Wiele sygnałów zgłaszanych do Ministerstwa Zdrowia wskazuje na zasadność ujednoczenia przepisów w zakresie finansowania podmiotów sprawujących opiekę w formie długoterminowej, zawartych w *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* i *ustawie o pomocy społecznej*, czyli przepisów obowiązujących dla zakładów opiekuńczych oraz domów pomocy społecznej.

Mając powyższe na uwadze, informuję, że Minister Zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji powołanie zespołu mającego na celu zaproponowanie, w procesie konsultacji z gronem interesariuszy systemu ochrony zdrowia, odpowiednich rozwiązań w zakresie świadczeń opieki długoterminowej, działań zmierzających do poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Prosząc jednocześnie o szczególne zwrócenie uwagi na kryteria kwalifikacji pacjenta, opracowanie oraz szczegółową weryfikację zakresu oraz innych warunków realizacji świadczeń opieki długoterminowej. Celem strategicznym ma być poprawa dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, poprzez opracowanie oraz szczegółową weryfikację kryteriów kwalifikacji pacjenta, zakresu świadczeń oraz warunków realizacji.

Odnosząc się natomiast do kwestii dotyczącej opracowania taryfy dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, Minister Zdrowia powołując się na art. 31a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), na podstawie punktu II planu taryfikacji na 2016 r., tj. *Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, zwrócił się do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z prośbą o podjęcie prac nad wyceną świadczeń dla zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych, dzieci i młodzieży, jako świadczeń gwarantowanych w zakresie świadczeń

pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Z uwagi na fakt, iż pozostałe świadczenia z zakresu opieki długoterminowej zostały już taryfikowane, przedmiotowe taryfy mają zostać przedstawione w terminie do dnia 30 czerwca 2017 r.

Odnosząc się do wniosku o *pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarstwie domowym – punkt 3 oraz punkt 10*, uprzejmie informuję, że taryfy dla świadczeń udzielanych w ramach pielęgniarstwa domowego, określone w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z dnia 29 czerwca 2016 r., zostały wdrożone do zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej i mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2017 r. Zgodnie bowiem z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793, ze zm.), do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.

Podkreślenia wymaga, iż taryfy wyrażone są w wartościach względnych (w punktach), natomiast cena za jednostkę rozliczeniową (punkt) ustalana jest z uwzględnieniem możliwości finansowych płatnika świadczeń. Zgodnie bowiem z treścią art. 132 ust. 5 ww. ustawy, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. W związku z powyższym, starając się zrównoważyć z jednej strony potrzeby wynikające z popytu na świadczenia, a z drugiej ściśle określone środki finansowe na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, niektórzy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przyjęli sukcesywne podnoszenie wysokości cen jednostek rozliczeniowych w ciągu kolejnych lat.

Poniżej uprzejmie przekazuję informacje Centrali NFZ na temat średnich cen za świadczenia w zakresie pielęgniarstwa domowego w 2016 r. i według umów aktualnych oraz cen oczekiwanych w tych oddziałach OW NFZ, w których prowadzone są postępowania konkursowe w zakresie pielęgniarstwa domowego.

OW NFZ	Średnia cena w umowach		Cena oczekiwana w postępowaniach
	2016 r.	wg aktualnych umów	
Dolnośląski	27,55 zł	29,60 zł	30,08 zł
Kujawsko-Pomorski	25,56 zł	30,08 zł	30,08 zł
Lubelski	24,00 zł	24,00 zł	27,00 zł
Lubuski	21,95 zł	24,71 zł	28,00 zł
Łódzki	22,65 zł	22,64 zł	25,00 zł
Małopolski	24,50 zł	30,08 zł	30,08 zł
Mazowiecki	21,84 zł	24,87 zł	26,54 zł
Opolski	23,76 zł	24,48 zł	-
Podkarpacki	25,85 zł	26,84 zł	28,00 zł
Podlaski	21,77 zł	24,00 zł	24,00 zł
Pomorski	25,86 zł	27,74 zł	30,08 zł
Śląski	23,70 zł	27,42 zł	-
Świętokrzyski	25,27 zł	25,27 zł	28,00 zł
Warmińsko-Mazurski	27,70 zł	29,76 zł	30,08 zł
Wielkopolski	25,77 zł	27,80 zł	30,08 zł
Zachodniopomorski	22,09 zł	24,90 zł	-

Natomiast odnosząc się do poszczególnych punktów w tabeli zawierającej propozycje interpretacji kryteriów wyboru ofert dla przedmiotu postępowania – pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1732 z późn. zm.), przedstawiam następujące stanowisko.

Ad 1 Kryterium jakości 1.1. premiuje oferty, w których zadeklarowano, że co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej stanowią pielęgniarki z określonymi w tym kryterium kwalifikacjami. Przedmiotowe kryterium nie jest nowe, stosowane było już w przeszłości w postępowaniach w sprawie zawarcia umów. Przepis należy stosować w jego literalnym brzmieniu.

Ad 2 Kryterium jakości 1.2. premiuje oferty, w których zadeklarowano, że co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej stanowią pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych. Istotą kryteriów jest wykonywanie przez pielęgniarki zgłoszone w ofercie zawodu pielęgniarki w ramach różnych rodzajów działalności.

Ad 3 Kryterium jakości 1.3. należy stosować w literalnym brzmieniu.

Ad 4 i 5 W kryteriach jakości 1.4. i 1.5. premii są oferenci dysponujący personelem pielęgniarstwa we wskazanym udziale pełnego wymiaru etatu, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 j.t.).

Ad 6 Kryterium dostępności 1.1. jest spełnione, jeżeli wszyscy świadczeniobiorcy z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objęci opieką przez co najmniej 90 dni w okresie

12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, otrzymywali świadczenia przez 7 dni w tygodniu.

Ad 7 Kryterium dostępności 1.2. jest spełnione, jeżeli świadczenia były realizowane na rzecz wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w okresach pomiędzy wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.

Ad 8 i 9 Kryteria dostępności 1.3. i 1.4. wskazują na określony udział liczby świadczeniobiorców ze wskazanymi parametrami do liczby wszystkich świadczeniobiorców objętych opieką w badanym okresie czasu. Należy brać pod uwagę osoby objęte pielęgniarstwem długoterminowym domowym, które na załączonej do skierowania karcie oceny lub w trakcie opieki uzyskały przynajmniej raz ocenę odpowiednio 0 punktów w skali Barthel lub 5-15 punktów w skali Barthel, w stosunku do wszystkich osób objętych tą formą opieki przez danego świadczeniodawcę.

Ad 10 Kryterium ciągłości 1.1. jest spełnione, jeżeli oferent zawarł co najmniej jedną umowę o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje na podstawie umowy z NFZ świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, i może przedłożyć, na wezwanie komisji konkursowej, kopię tej umowy, potwierdzonej za zgodność z oryginałem. Kryterium premiujące posiadanie ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki po zakończeniu hospitalizacji, określone dla przedmiotu postępowania – pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, ma na celu osiągnięcie prawidłowego efektu leczniczego oraz zachowanie ciągłości przebiegu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez kierowanie do pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej świadczeniobiorców, którzy wymagają tej formy opieki.

Ponadto uprzejmie informuję, że weryfikacja ofert pod kątem spełniania omówionych powyżej kryteriów należy do zadań komisji konkursowych oddziałów wojewódzkich NFZ. Przy czym, zgodnie z § 17 ust. 2a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980, ze zm.), komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie:

- 1) posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych;

- 2) rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Narodowy Fundusz Zdrowia ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114 oraz z 2016 r. poz. 352 i 1579).

W odniesieniu do punktów 8 i 9 informuję, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi spotkania robocze z OW NFZ, w celu wyjaśnienia wątpliwości w zakresie kryteriów wyboru ofert w rodzajach świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Odnosząc się do wniosku zawartego w punkcie 11, dotyczącym powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, informuję, że Minister Zdrowia Pan Konstanty Radziwiłł podczas Debaty poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa w Polsce w dniu 27 marca 2017 r., poinformował, że w najbliższym czasie zostanie powołany Zespół ds. strategii dla pielęgniarstwa. Zadaniem Zespołu będzie wypracowanie konkretnych propozycji rozwiązań, które będą miały wpływ na rozwój pielęgniarstwa. Do prac w Zespole zostaną zaproszeni reprezentanci poszczególnych grup zawodowych pielęgniarek i położnych.

Przedstawiając powyższe, dziękuję za przedstawione propozycje oraz wyrażoną deklarację aktywnego zaangażowania się w proces określenia dalszych kierunków działań rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce.

z wyrazami szacunku

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Zelazko
Józefa Szczurek-Zelazko