

Poseł na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej
Krystyna Wróblewska
BP/KW/244/2019

Rzeszów, 14 października 2019 r.

Szanowna Pani
dr n. o zdrowiu Bożena Majchrowicz
Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Opieki Długoterminowej

Szanowna Pani Konsultant,

W nawiązaniu do pisma z dnia 8 lipca 2019 r. (znak: BP/KW/195/2019) uprzejmie informuję, że na moją interwencję w sprawie usług medycznych z zakresu całodobowych świadczeń w ZOL i ZPO, dnia 25 września 2019 r. otrzymałam odpowiedź od Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pana Janusza Cieszyńskiego.

W załączeniu przesyłam kopię ww. pisma. W przypadku dodatkowych pytań pozostaję do dyspozycji.

Z wyrazami szacunku

POSEŁ NA SEJM RP
Krystyna Wróblewska
Krystyna Wróblewska

Otrzymują:

1. Adresat
2. a/a

Załączniki:

1. Pismo od Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Pana Janusza Cieszyńskiego, z dnia 16 września 2019 r., znak: SZDL.070.12.2019.CP



WPŁYNĘŁO 2019-09-25

Nv 245

Minister Zdrowia

Warszawa, 16 września 2019

SZDL.070.12.2019.CP

Pani
Krystyna Wróblewska
Poseł na Sejm RP

Szanowna Pani Posel!

Odpowiadając na interwencję poselską (znak: BP/KW/194/2019), dotyczącą „Postulatów na rzecz zmian realizacji świadczeń w stacjonarnej opiece długoterminowej ZOL/ZPO”, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień, dotyczących każdego z przedstawionych postulatów.

Ad 1

Zmiany ustawowe w zakresie odpłatności za koszty pobytu - wprowadzenie zasady podobnej do odpłatności w DPS.

Propozycja ma charakter systemowy i wymaga wnikliwej analizy na kilku płaszczyznach, również międzyresortowej – z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wsparcie udzielane w ramach systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej często może wydawać się zbieżne, jednak nie uzasadnia to ujednolicenia regulacji dotyczących odpłatności za pobyt w placówkach opiekuńczych funkcjonujących w obu systemach. Pomimo udzielania przez domy pomocy społecznej, dodatkowo – świadczeń zdrowotnych – ich głównym celem jest udzielania świadczeń o charakterze bytowym i socjalnym. Z kolei ZOL/ZPO są zakładami leczniczymi, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

Ad 2

Ponowne wyliczenie realnych kosztów wraz z pochodnymi wzrostu wynagrodzeń uregulowanych aktami prawnymi pracowników zatrudnionych w ZOL/ZPO.

niepodlega



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) pracuje na podstawie przyjętej i zaakceptowanej przez Radę ds. Taryfikacji metodyki. Na potrzeby analiz Agencja gromadzi dane kosztowe dwojakiego rodzaju:

- Ogólne dane finansowo-księgowe oraz wybrane uzupełniające dane niefinansowe przypisane do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK) takich jak oddziały szpitalne, poradnie, zakłady diagnostyczne i inne.
- Szczegółowe dane kliniczne i kosztowe o zasobach zużytych w trakcie realizacji pojedynczego świadczenia opieki zdrowotnej: rodzaj, liczba oraz koszt zużytych leków, wyrobów medycznych, wykonanych procedur. Dane te wykorzystywane są do oszacowania kosztów zmiennych przypadających na jedno świadczenie.

Świadczeniodawcy zobowiązani są do przekazywania pełnej informacji o wszystkich zużytych zasobach i poniesionych kosztach. Przekazane dane poddawane są wieloetapowej weryfikacji a świadczeniodawcy, w razie konieczności, wzywani do korekt, uzupełnienia brakujących informacji bądź złożenia wyjaśnień. W czerwcu 2017 r. opublikowano projekty taryf i raport taryfikacyjny „Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”. Rada ds. Taryfikacji działająca przy AOTMiT zarekomendowała stopniowe, proporcjonalne zwiększanie cen, rozłożone w czasie 5 lat. Plan taryfikacji na rok 2019 nie zawiera świadczeń z zakresu opieki długoterminowej.

Ad 3

Zmiany w przepisach wykonawczych do ustawy o działalności leczniczej i innych ustaw – m.in. dotyczącej zatrudniania lekarzy bez specjalizacji w ZL/ZPO.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 j.t.) pozwala na wykonywanie świadczeń przez lekarza w trakcie specjalizacji tj. lekarza, który ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

Ad 4

Ujednolicenie dokumentacji medycznej pacjenta.

Kwestie dokumentacji medycznej regulują przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz.

2069). Rozporządzenie w § 37 ust. 1 określa jaką dokumentację powinien prowadzić zakład opiekuńczo-leczniczy oraz pielęgnacyjno-opiekuńczy. Jednocześnie uprzejmie informuję, że rozpoczęte zostały w Ministerstwie Zdrowia prace legislacyjne dotyczące nowych regulacji w zakresie dokumentacji medycznej. Wszelkie wypracowane propozycje zmian będą podlegały szerokim konsultacjom, w tym ze środowiskiem profesjonalistów medycznych oraz organizacjami pacjentów. Na podstawie wyników tych konsultacji zostanie podjęta decyzja o ostatecznym kształcie przepisów.

Ad 5

Zatrudnienie farmaceuty bez obowiązku organizacji apteki, czy działu farmacji.

Zgodnie z art. 87 ust. 2a ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r., poz. 499), apteki szpitalne tworzy się w szpitalach lub innych zakładach leczniczych, zaopatrujące jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, (...) lub zakładach leczniczych podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Ponadto, zgodnie z art. 87 ust. 4 ustawy w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi, (...), oraz zakładach leczniczych, w których nie utworzono apteki szpitalnej albo apteki zakładowej, tworzy się dział farmacji szpitalnej, który pełni funkcję apteki szpitalnej albo apteki zakładowej. W świetle powyższych przepisów w każdym szpitalu lub innym zakładzie leczniczym musi być utworzona apteka szpitalna lub dział farmacji szpitalnej. Jednocześnie informuję, że nie są w tym względzie przygotowywane, ani nawet planowane, zmiany w obowiązujących przepisach.

Ad 6

Wprowadzenie norm zatrudnienia uwzględniających opiekunów medycznych.

Propozycja ta zostanie szczegółowo przeanalizowana.

Ad 7

Wprowadzenie standardów oceny jakości udzielanych świadczeń, za którymi podążałyby środki finansowe.

Propozycja ta, jako zmierzająca do gruntownej zmiany obecnego systemu finansowania, wymaga szczegółowej analizy.

Ad 8

Stworzenie kwalifikacji do opieki długoterminowej realizowanej w zakładach stacjonarnych, szczególnie dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ogólne zasady kwalifikacji do objęcia świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi w ramach opieki długoterminowej udzielanej w zakładach opiekuńczych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie

świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658). Zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia świadczenia gwarantowane w przedmiotowym zakresie w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą 2 Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej.

Aktualnie wdrażane jest priorytetowe zadanie w kontekście reformy psychiatrycznej opieki zdrowotnej – program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego. Celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspekcie organizacyjnym, finansowym, jakościowym oraz równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Podsumowując – zasadnym wydaje się rozważenie zmian w zakresie opieki długoterminowej (obejmującej zarówno część zdrowotną, jak i społeczną), uwzględniających zindywidualizowane potrzeby tych osób jako oddzielnej grupy pacjentów wymagających zarówno specyficznego zakresu świadczeń, jak i warunków ich udzielania.

Ad 9

Ujednolicenie nazewnictwa – wprowadzenie nazwy placówki (zakładu) opieki długoterminowej.

Propozycja ujednolicenia nazewnictwa, polegająca na zastąpieniu obecnych nazw zakładów leczniczych, w których są udzielane świadczenia długoterminowe (obecne: „zakład opiekuńczo-leczniczy” i „zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy”) na „zakład opieki długoterminowej”, zostanie przeanalizowana w trakcie najbliższej nowelizacji ustawy o działalności leczniczej.

Z poważaniem,

Janusz Cieszyński

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/