

**POSTULATY ŚWIADCZENIODAWCÓW  
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO**

zgłoszone w ramach

**DEBATY**

**„OPIEKA DŁUGOTERMINOWA - STAN OBECNY I PERSPEKTYWY  
ROZWOJU”**

**3 WRZEŚNIA 2019 r.**

PODKARPACKI URZĄD WOJEWÓDZKI W RZESZOWIE

W imieniu świadczeniodawców opieki długoterminowej województwa podkarpackiego zgłaszamy pilną potrzebę podjęcia działań a w szczególności:

**I. Wprowadzenie zmian w zasadach finansowania świadczeń w Stacjonarnej opiece długoterminowej ZOL/ZPO i Pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej (PODD):**

1. Zmiana zasad odpłatności pacjentów przebywających w **ZOL/ZPO** tak aby podmioty lecznicze miały zagwarantowane faktyczne pokrycie kosztów zakwaterowania i wyżywienia. Aktualny stan prawny, przy niskich dochodach pacjenta i np. dodatkowych obciążeniach alimentacyjnych, skutkuje niejednokrotnie brakiem finansowania tych kosztów i naraża placówki na stałe zadłużanie się.
2. Pełne wdrożenie wyceny świadczeń opracowanych w AOTMiT i wprowadzenie jednolitej zwaloryzowanej stawki w wysokości 42.99 zł.w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. Zgodnie z wyceną AOTMiT koszt świadczenia bazowego oszacowano na wartość 30.08 zł - jednakże prace nad wyliczeniem taryfy odbywały się 2015 roku i w wyliczeniu taryfy posługiwano się danymi archiwalnymi z roku 2013. W obecnym czasie przy dynamice wzrostu wynagrodzenia minimalnego w oparciu o ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne

zatrudnionych w podmiotach leczniczych, wzrostu kosztów dojazdu do pacjenta oraz rosnących kosztach utrzymania podmiotów leczniczych wycena ta jest wysoce nie wystarczająca. Pilne wprowadzenie rozwiązań znoszących nierówności w sposobie finansowania świadczeń opieki długoterminowej w Polsce (obecnie oddziały NFZ stosują zróżnicowaną stawkę w tym nawet poniżej stawki bazowej!).

3. Podjęcie prac merytorycznych dotyczących wypracowania nowych zasad finansowania świadczeń opieki długoterminowej opartych na: a) wycenie osobodnia jako stawki bazowej, b) kategoryzacji intensywności opieki c) dodatkowym finansowaniu kosztochłonnych procedur realizowanych w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.
4. Wprowadzenie rozwiązań umożliwiających płatnikowi finansowanie ciągłości świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej w przypadku, gdy pacjent trafia na dłużej do szpitala. Obecnie NFZ nie zapewnia środków finansowych na zachowanie ciągłości świadczeń -dochodzi do sytuacji nie wykonania kontraktu w przypadku, gdy pacjenci OPD przebywają w szpitalu a zarazem świadczeniodawca przyjmuje następną osobę do objęcia pielęgniarstwem opieką domową długoterminową, tym samym wykonuje nadwykonania, za które NFZ - nie zwraca kosztów poniesionych przez świadczeniodawcę.
5. Zapewnienie równego traktowania opieki długoterminowej w zakresie rozliczania nadwykonań w stosunku do innych obszarów świadczeń gwarantowanych. Aktualna praktyka NFZ to rozliczenie nadwykonań w tym obszarze na bardzo niskim poziomie poniżej 50%, wartości zrealizowanych świadczeń.
6. Zapewnienie równego traktowania w dopłacie do pochodnych na etaty pielęgniarzek zatrudnionych w całodobowej opiece szpitalnej, a pielęgniarzek zatrudnionych w całodobowej opiece długoterminowej i hospicyjnej

**II. Wprowadzenie zmian w zasadach realizacji świadczeń w stacjonarnej opiece długoterminowej ZOL/ZPO i Pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej:**

1. Pilna potrzeba nowelizacji rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w części dotyczącej opieki długoterminowej:
  - a) Zmiana kryterium jakościowego dotyczącego formy zatrudnienia pielęgniarek i zmniejszenie wartości punktów o połowę lub całkowite usunięcie kryterium 1.4 i 1.5 dotyczącego zatrudnienia pielęgniarek w wymiarze jednego etatu - w przedmiocie postępowania konkursowego pn. Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa. Wobec ogromnych niedoborów kadry pielęgniarskiej na rynku pracy to kryterium ogranicza dostępność do świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Świadczeniobiorcy chcący sprostać temu kryterium, w sytuacji odejścia z pracy pielęgniarki zatrudnionej w wymiarze 1 etatu, tracą możliwość zatrudnienia kolejnych pielęgniarek co może skutkować koniecznością zawieszenia opieki nad wieloma pacjentami;
  - b) Zmiana kryterium jakościowego dotyczącego zatrudnienia lekarzy w ZOL/ZPO i innej kadry medycznej. Wobec stale wzrastających kompetencji pielęgniarek, aktualne wskaźniki dotyczące lekarzy oraz fizjoterapeutów są zawyżone i stanowią nieuzasadniony merytorycznie koszt. Ponadto w związku z dużym deficytem lekarzy specjalistów stosowanie dotychczasowych kryteriów, pogarsza dostępność do świadczeń, w trybie pilnym postulujemy zmianę kryterium a doraźnie obniżenie wymogu do „lekarza bez specjalizacji”.
2. Minimalizacja ryzyka doraźnych interpretacji warunków realizacji świadczeń opieki długoterminowej przez różnych decydentów, które narażają podmioty lecznicze na niejasne reguły oceny w procesie kontraktacji i kontroli.
3. Wprowadzenie nowych produktów dedykowanych pacjentom przewlekle chorym jak np. koordynowana opieka długoterminowa, opieka poszpitalna, porada pielęgniarska w OPD. Aktualnie pacjent np. hospitalizowany narażony jest na ryzyko wydłużonego pobytu w szpitalu z powodu braku świadczenia dedykowanego opiece poszpitalnej - jego potrzeby zdrowotne są niezaspakajane -dlatego tak ważne jest wprowadzenie nowego produktu kontraktowego w opiece domowej pn. opieka poszpitalna.

4. Wzmocnienie pozycji pacjenta opieki długoterminowej jako odbiorcy świadczeń poprzez wprowadzenie Koordynowanej Opieki Długoterminowej rozumianej jako planowanie, realizacja i zarządzanie świadczeniami opieki zdrowotnej i usługami opiekuńczymi na rzecz osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, realizowanymi w warunkach domowych i stacjonarnych w podmiotach OPD.

### **III. Wprowadzenie zmian systemowych dotyczących oceny zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej w oparciu o rzetelne analizy potrzeb i dowody naukowe**

1. Wprowadzenie wskaźników populacyjnych dotyczących zabezpieczenia świadczeń opieki długoterminowej stacjonarnej i domowej. Rozwiązanie to byłoby narzędziem gwarantującym faktyczną dostępność do świadczeń dla społeczeństwa a świadczeniodawcom ułatwiałoby prowadzenie długofalowej strategii rozwoju oferowanych usług. Aktualnie liczba świadczeń OPD objętych finansowaniem przez poszczególne Oddziały NFZ pozostaje do swobodnej decyzji Dyrektorów NFZ.
2. Zagwarantowanie w budżecie państwa i w planie finansowym NFZ poziomów finansowania opieki długoterminowej adekwatnych do rosnących potrzeb epidemiologicznych i demograficznych

### **IV Powołanie w strukturach Ministerstwa Zdrowia komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za kreowanie polityki i rozwój opieki długoterminowej w tym między innymi opracowywanie standardów zabezpieczenia dostępności i jakości świadczeń, wypracowywanie długofalowych mechanizmów finansowych świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej, przygotowywanie projektów aktów prawnych (legislacja)**

Przedstawiając powyższe postulaty pragniemy nadmienić, że są one zbieżne z przekazanymi do Ministerstwa Zdrowia **rekomendacjami z debaty eksperckiej „Długoterminowa Opieka Medyczna a Zmiany systemowe w Polsce”**, która

**odbyła się w Warszawie w dniu 09.02.2017** – zgłoszone wówczas rekomendacje przyjęte przez NRPiP, OZZPiP, PTP i Stowarzyszenia pielęgniarek opieki długoterminowej nie zostały do tej pory wdrożone.

## **UCZESTNICZY DEBATY**

**„OPIEKA DŁUGOTERMINOWA - STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU”**

**3 WRZEŚNIA 2019 r.**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....
- 11) .....