



# MINISTER ZDROWIA

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 6.11.09.

nr 5701 podpis *Borusewicz*

Warszawa, 2009 - 11 - 04

MZ-UZ-ZR-71-17606-1/AK/09

*P. J. Kwilenc*  
SENAT  
Biuro Prac Senackich  
wpłynęło dn. 9.11.09.  
nr 5701 podpis *RR*

Pan

**Bogdan Borusewicz**

**Marszałek Senatu**

**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Senat Rzeczypospolitej Polskiej*

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Senatora Sławomira Kowalskiego na 41. posiedzeniu Senatu w dniu 7 października 2009 r., przesłane przy piśmie Pani Krystyny Bochenek, Wicemarszałka Senatu, z dnia 13 października 2009 r., znak: BPS/DSK-043-2008/09, w sprawie treści punktu pierwszego skali opartej na skali Bartel oraz wymogu zatrudnienia lekarza anestezjologa w zakładzie opiekuńczym, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, ze zm.) oraz w aktach wykonawczych do ww. ustawy, w tym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (Dz. U. Nr 140, poz. 1147).

W związku z poruszoną przez Pana Senatora kwestią zasad kwalifikacji pacjenta do udzielania świadczeń w zakładzie opiekuńczo – leczniczym (ZOL) i pielęgnacyjno – opiekuńczym (ZPO), uprzejmie informuję, że zgodnie z § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia, świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż., są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie skalą poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, zwaną dalej „skalą opartą na skali Bartel”, otrzymał 40 punktów i mniej. Uprzejmie wyjaśniam, że skala oparta na skali Barthel to skala opracowana wg

międzynarodowej skali oceny punktowej, w której bierze się pod uwagę czynności życia codziennego, takie jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się czy utrzymanie higieny osobistej, które osoba oceniana może wykonać sama lub z pomocą innych osób albo nie może wykonać ich wcale. Na ostateczną ocenę stanu samoobsługi danej osoby składa się suma punktów uzyskanych za każdą z 10 czynności ujętych w ww. skali.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż do czasu wejścia w życie ww. rozporządzenia, warunki udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym skala oparta na skali Bartel jako kryterium kwalifikacji do ww. świadczeń, były określane w zarządzeniach Prezesa NFZ.

Odnosząc się do zmian we wskazanym przez Pana Senatora punkcie pierwszym skali opartej na skali Bartel, który dotyczy czynności spożywania posiłków, uprzejmie informuję, że brzmienie zastosowanego wyrażenia na oznaczenie całkowitej niezdolności do samodzielnego jedzenia ulegało następującym zmianom:

- 1) w 2008 r. obowiązywał zapis: „nie jest w stanie samodzielnie jeść”, zgodnie z zarządzeniem Nr 61/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa, a od dnia 1 sierpnia 2008 r. zgodnie z zarządzeniem nr 53/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa;
- 2) w 2009 r., do czasu wejścia w życie ww. rozporządzenia, tj. do dnia 31 sierpnia 2009 r., obowiązywał zapis: „nie jest w stanie samodzielnie jeść (karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię)”, zgodnie z zarządzeniem Nr 96/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna;
- 3) obecnie obowiązuje zapis: „nie jest w stanie przetykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię”, zgodnie z załącznikiem nr 3 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Odpowiadając na pytanie Pana Posła, dotyczące uzasadnienia konieczności zastąpienia wyrażenia: „chory nie jest w stanie samodzielnie jeść” zwrotem: „chory nie jest w stanie samodzielnie przetykać, karmiony przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię”, uprzejmie informuję, że uszczegółowienia te są niezbędne do jednoznacznego rozumienia, interpretacji i obiektywnej oceny chorego kierowanego do opieki długoterminowej i stacjonarnej.

Odnosząc się do wyrażonych przez Pana Senatora zastrzeżeń do opracowanych przez Fundusz i określonych w obowiązującym w br. zarządzeniu Prezesa NFZ. Nr 96/2008/DSOZ zasad rozliczania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, udzielanych na rzecz świadczeniobiorców, którzy nie są w stanie samodzielnie jeść, uprzejmie informuję, że według wyjaśnień NFZ różnicowanie stawki za osobodzień pacjentów żywionych drogą naturalną, tj. doustnie, wobec pacjentów żywionych drogą inną niż doustna, tj. przez gastrostomię lub jejunostomię lub zgłębnik, warunkuje w szczególności:

- sposób żywienia, metod, a tym samym uprawnień i umiejętności przy karmieniu doustnym i dojelitowym;
- sposób przygotowania posiłków – innego przygotowania, konsystencji i rozdrobnienia wymaga pokarm podawany ustnie w odróżnieniu od podawanych przez zgłębnik, gastrostomię lub jejunostomię;
- sprzęt używany do karmienia doustnego i dojelitowego;
- ilość podawanych posiłków i płynów na dobę;
- pielęgnacja miejsca podawania posiłku przy karmieniu doustnym i żywieniu dojelitowym przez gastrostomię lub jejunostomię lub zgłębnik;
- badania stosowane przy kontroli żywienia dojelitowego;
- możliwość występowania powikłań przy żywieniu dojelitowym;
- sprzęt używany do pielęgnacji pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Bartel uzyskali 0 punktów;
- personel zatrudniony w opiece nad pacjentami, którzy w ocenie skalą opartą na skali Bartel uzyskali 0 punktów, np. wymóg zatrudnienia rehabilitanta w wymiarze ¼ etatu na 1 łóżko, w odróżnieniu od pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Bartel uzyskali 5 – 40 punktów i karmieni są doustnie – zatrudnienie rehabilitanta w wymiarze 2 etaty na 35 chorych.

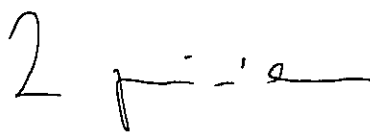
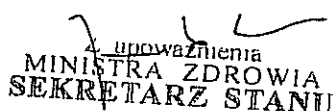
Należy ponadto zwrócić uwagę na fakt, iż w karmieniu doustnym pacjenta, może brać udział każdy personel medyczny. Również wolontariusze i rodziny chorych włączani są do karmienia swoich bliskich. Natomiast żywienie drogą inną niż doustna, w warunkach stacjonarnych wykonywane jest przez personel do tego uprawniony czyli pielęgniarce.

W odniesieniu do wymogu zatrudnienia lekarza anestezjologa w zakładach opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych, uprzejmie informuję, że zgodnie z częścią I pkt 1 ppkt 1 lit. a załącznika nr 4 do ww. rozporządzenia, w wymaganiach dotyczących personelu lekarskiego realizującego świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.

określono, iż dla świadczeniobiorców, którzy w ocenie skalą opartą na skali Bartel otrzymali 0 punktów dodatkowo udziela świadczeń, w ramach częściowego etatu przeliczeniowego. lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Uprzejmie wyjaśniam, iż powyższy przepis wynika z treści zarządzenia Prezesa NFZ, regulującego przedmiotową kwestię w br., tj. ww. zarządzenia Prezesa NFZ Nr 96/2008/DSOZ, w którym, w wymaganiach dotyczących personelu lekarskiego, realizującego świadczenia w ww. zakresie świadczeń, zawarto zapis: „potwierdzone umową lub porozumieniem konsultacje lekarzy specjalistów: anestezjologii i intensywnej terapii – dotyczy opieki nad chorymi ze skalą Bartel „0”, chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii”. Z uwagi na fakt, iż rozporządzenie jako akt prawa powszechnie obowiązującego powinno określać warunki formalne w sposób jednoznaczny, zawarte w ww. zarządzeniu wymagania, dotyczące zapewnienia *potwierdzonych umową lub porozumieniem konsultacji lekarzy specjalistów*, od strony legislacyjno – prawnej nie mogły być uwzględnione w rozporządzeniu. W związku z powyższym, należy stwierdzić, iż nie zmieniając w omawianym zakresie standardu wymagań, określonego w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ, w ww. rozporządzeniu doprecyzowano wyłącznie wymagania formalne, co do świadczenia usług.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że wybór formy umowy, na podstawie której udzielane będą świadczenia opieki zdrowotnej lekarza specjalisty anestezjologii lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, o którym mowa w ww. rozporządzeniu, pozostaje w gestii kierownika zakładu opieki zdrowotnej. Natomiast zawarte w ww. rozporządzeniu określenie *częściowy etat przeliczeniowy* umożliwi elastyczne kształtowanie zatrudnienia personelu lekarskiego oraz zapewnienie warunków świadczenia usług w formie i na poziomie nieodbiegającym od dotychczasowego.

  
  
upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc