



1. Kwiecień
SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dnia 24.05.2010
nr. 3795 podpis RR

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 26.05.2010

nr. 2973 podpis

2010 -05- 20

MINISTER ZDROWIA

Warszawa,

MZ-ZP-Z-070-17652-3/BW/10

Pan
Bogdan BORUSEWICZ

Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Nawiązując do pisma z dnia 26 kwietnia 2010 r., znak: MZ-ZP-Z-070-17652-1/BW/10 zawierającego prośbę o przedłużenie terminu udzielenia odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Senatora Krzysztofa Kwiatkowskiego, podczas 51 posiedzenia Senatu RP w dniu 26 marca 2010 r., otrzymanego przy piśmie z dnia 31 marca 2010 r. znak: BPS/DSK-043-2605/10, w sprawie żywienia pacjentów w zakładach opieki długoterminowej, 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.

W odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej mają zastosowanie przepisy rozporządzenia *Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. 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) oraz zarządzenie Nr 84/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2009r. zmienione zarządzeniem Nr 93/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2009r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów

w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Świadczeniobiorca w zależności od stanu zdrowia może mieć udzielane świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach szpitalnych i domowych. Do oceny zapotrzebowania na opiekę wykorzystuje się m.in. skalę opartą na skali Barthel. Skala ta wykorzystywana jest również na potrzeby Narodowego Funduszu Zdrowia do określania poziomu finansowania gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Odnosząc się do żywienia pacjentów w zakładach opieki długoterminowej podkreślam, chory leczony żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym to osoba, która, z powodu braku możliwości wystarczającego do utrzymania przy życiu odżywiania drogą naturalną, wymaga całkowitego lub suplementarnego podawania substancji odżywczych dożylnie lub do przewodu pokarmowego przez zgłębnik lub przetokę odżywczą. Żywienie dojelitowe i pozajelitowe powinno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, a w szczególności ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

W odniesieniu do finansowania świadczeń opieki długoterminowej informuję, że zmiana zasad finansowania w zakładach opiekuńczych dla zakresu: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i opiekuńczo-lecznicznym jak i świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i opiekuńczo-lecznicznym dla dzieci i młodzieży polegała na wprowadzeniu wskaźników korygujących, tak aby żywienie dojelitowe i pozajelitowe wchodziło w cenę osobodnia a nie jak dotychczas było finansowane ze świadczeń odrębnie kontraktowanych.

Przyczyną odstąpienia od możliwości łączenia realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w warunkach szpitalnych, ze świadczeniami odrębnie kontraktowanymi jest w szczególności porządkowanie przepisów prawa. Świadczenie „tlenoterapia w warunkach domowych” oraz „żywienie dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych” przeznaczone są dla świadczeniobiorców przebywających w domu, w tym w domu pomocy społecznej a nie w zakładach opieki zdrowotnej, jakimi są również zakłady opiekuńczo - lecznicze czy pielęgnacyjno – opiekuńcze. Wynika to z definicji zakładu opieki zdrowotnej zawartej w art. 2 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 r., Nr 14 poz. 89 z późn. zm.). Ponadto zgodnie z § 8 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy.

Świadczeniobiorca, który przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym i u którego lekarz ZOL/ZPO podejrzewa stan niedożywienia, powinien być skierowany do szpitala, celem ustalenia diagnozy i leczenia tego stanu chorobowego. Kwalifikacja świadczeniobiorcy do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego powinna odbywać się w szpitalu ze względów na:

- ponoszone koszty diagnostyki, ustalenie przyczyn zaburzeń w odżywieniu, ocenę stanu odżywienia, ocenę zapotrzebowania na substancje odżywcze;
- brak doświadczenia personelu zatrudnionego w ZOL/ZPO do zakwalifikowania pacjenta do żywienia dojelitowego, pozajelitowego co wynika z informacji przekazywanych do Funduszu;
- wyniki przeprowadzonych kontroli, w których obserwowano zjawisko zakładania zgłębnika bez uzasadnianych wskazań medycznych. Powyższe zjawisko jest spowodowane wyższą stawką za osobodzień za pacjenta żywionego dojelitowo.

Z istniejących od kilku już lat przepisów zarządzenia wynika m. in., że do zakładu opiekuńczego powinni być przyjmowani pacjenci zdiagnozowani, wymagający kontynuacji leczenia zachowawczego, stałej kontroli lekarskiej czy profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Pacjent przebywający w zakładzie opieki długoterminowej, u którego podejrzewany jest stan niedożywienia powinien być skierowany do szpitala celem ustalenia przyczyn tego niedożywienia i ustalenia metod leczenia tego stanu. Kierowanie tych pacjentów do szpitala, wyeliminuje lub znacznie ograniczy ewentualne zaniedbania personelu danego zakładu, odnośnie karmienia i żywienia chorych oraz ewentualne nadużycia dotyczące zakładania zgłębnika bez uzasadnianych wskazań medycznych, a jedynie ze względu na wyższe finansowanie osobodnia.

Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że ok. 90% pacjentów przebywających w ZOL/ZPO wymaga pomocy w spożywaniu posiłków i za tych pacjentów w latach poprzednich, średnia stawka za osobodzień opieki w zakładzie opiekuńczym wynosiła 55 zł i wzrosła od sierpnia 2008 r. i w 2009 r. średnio do 71 zł, a za pacjenta w stanie wegetatywnym ze 130-150 zł do 198 zł za pacjenta, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskał „0” punktów. W 2010 roku stawka za osobodzień została utrzymana na poziomie 2009 r.

W ocenie Narodowego Funduszu Zdrowia, zróżnicowanie stawki za osobodzień pacjentów żywionych drogą naturalną tj. doustnie wobec pacjentów żywionych drogą inną niż doustna tj. przez PEG – gastrostomię lub PEJ - jejunostomię lub zgłębnik, wynika w szczególności z:

- sposobu żywienia, metod, a tym samym uprawnień i umiejętności przy karmieniu doustnym i dojelitowym;
- sposobu przygotowania posiłków lub zastosowania diety przemysłowej, w tym przy zastosowaniu diety kuchennej zmiksowanej przy karmieniu doustnym i przygotowywanej do podawania przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię. Innego przygotowania, konsystencji i rozdrobnienia wymaga pokarm podawany doustnie w odróżnieniu do podawanych przez zgłębnik, gastrostomię lub jejunostomię;
- sprzętu używanego do karmienia doustnego i dojelitowego;
- ilości podawanych posiłków i płynów na dobę, w tym ilości mililitrów podawanych na jeden posiłek, zwłaszcza przy zastosowaniu diety kuchennej;
- pielęgnacji miejsca podawania posiłku przy karmieniu doustnym i żywieniu dojelitowym przez PEG lub PEJ również przez zgłębnik;
- badań stosowanych przy kontroli żywienia dojelitowego tj. gazometria żylna, jonogram, glikemia, stężenie triglicerydów, cholesterolu, mocznika i kreatyniny w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspAT, AlAT, GGTP, AP, morfologia krwi, CRP, układ krzepnięcia – co 1-3 miesiące, densytometria – raz w roku, USG jamy brzusznej – raz w roku, diagnostyka mikrobiologiczna – zależnie od potrzeb;
- możliwości występowania powikłań przy żywieniu dojelitowym tj. zakażenie dostępu żylnego (od 0,2 do 0,6/rok leczenia), zakrzepica żył obwodowych lub centralnych, zaburzenia metaboliczne elektrolitowe, zaburzenia wątrobowe, hipo- i hiperglikemia, metaboliczna choroba kości, inne zaburzenia niedoborowe lub toksyczne;
- sprzętu używanego do pielęgnacji pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 0 punktów;
- personelu zatrudnionego w opiece nad pacjentami, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 0 punktów np. wymóg zatrudnienia rehabilitanta ¼ etatu na 1 łóżko, w odróżnieniu do pacjentów, którzy w ocenie skalą opartą na skali Barthel uzyskali 5 - 40 punktów i karmieni są doustnie – zatrudnienie rehabilitanta w ilości 2 etatów na 35 chorych.

W karmieniu doustnym pacjenta, może brać udział każdy np. wolontariusze lub rodziny chorych. Natomiast żywienie drogą inną niż doustna, w warunkach stacjonarnych wykonywane jest przez personel do tego uprawniony czyli pielęgniarce.

Odnosząc się bezpośrednio do informacji zawartych w oświadczeniu Pana Senatora Krzysztofa Kwiatkowskiego, „*że podczas kontroli NFZ inspektorzy stwierdzają, że pacjentów, którzy nie są w stanie samodzielnie jeść, należy karmić wyłącznie przez plastikową sondę włożoną bezpośrednio do gardła, nakładając w związku z tym na kontrolowane placówki wysokie kary*”, informuję, iż Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia nie mogła ustosunkować się do przedstawionych informacji ze względu na brak dokumentacji w przedmiotowej sprawie.

Przedstawiając powyższe, dziękuję Panu Senatorowi za wyrażone zaangażowanie i troskę o odpowiednie zabezpieczenie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób obłożnie i przewlekle chorych, wymagających wsparcia i opieki osób trzecich.


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Adam Fronczak