

Szanowni Państwo

W poprzednim wydaniu naszej strony poruszyliśmy problematykę opieki pielęgniarskiej. Pisaliśmy o pielęgniarskich świadczeniach realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Dzisiaj o różnicach w finansowaniu tych usług, a także o pielęgniarskiej opiece długoterminowej.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Zakres świadczeń opieki pielęgniarskiej udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, o których pisaliśmy w poprzednim wydaniu, określa załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U. nr 214 poz. 1816 z dnia 28 października 2005 roku) oraz Zarządzenie Prezesa NFZ nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 roku z późniejszymi zmianami. Zarządzenie to ustala również zarówno warunki zawierania, jak i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym opieki pielęgniarskiej, a także zasady ich finansowania.

Pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad tymi pacjentami posiadającymi ubezpieczenie, którzy wypełnili deklarację wyboru pielęgniarki. Opiekę są realizuje, uwzględniając obowiązujący zakres zadań oraz zlecenia na zabiegi, a także procedury medyczne, wydane przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczenia te finansowane są w zależności od dokonanej przez świadczeniodawcę wyboru – wskazanej we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania świadczeń metodą kapitacyjną bądź zadaniową (punktową).

Metoda kapitacyjna – finansowanie przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej według rocznej stawki kapitacyjnej. **Roczna stawka kapitacyjna** to kwota przeznaczona na sfinansowanie kompleksowej opieki w danym zakresie dla jednego świadczeniobiorcy (pacjenta) w okresie jednego roku, podzielona na dwanaście części, z których każda co miesiąc jest przekazywana świadczeniodawcy, niezależnie od tego, czy w danym miesiącu ubezpieczony korzysta z usług zdrowotnych, czy też nie. W praktyce oznacza to, że jest określona grupa pacjentów, która nie skorzysta z usług pielęgniarki ani razu – stąd zasada, że zdrowy pacjent „płaci” na chorego. Wysokość rocznych stawek kapitacyjnych dla poszczególnych zakresów świadczeń jest określana przez prezesa NFZ. Jest także korygowana współczynnikiem odpowiednim dla danej grupy wiekowej świadczeniobiorcy.

Należność za zrealizowane świadczenia pielęgniarskiej opieki wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury i stanowi ona sumę dwunastych części iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach wiekowych oraz kapitacyjnych stawek rocznych z uwzględnieniem współczynników korygujących.

Liczba świadczeniobiorców objętych opieką ustalana jest przez NFZ zgodnie ze stanem na pierwszy dzień miesiąca według przekazanej przez świadczeniodawcę informacji sporządzonej na podstawie wypełnionych przez pacjentów deklaracji wyboru pielęgniarki. Weryfikację tych informacji świadczeniodawca przekazuje do NFZ do siódmego dnia danego miesiąca. Informacja ta stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy.

Całkowita liczba pacjentów objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ, rozliczaną według metody kapitacyjnej, nie powinna przekroczyć 2.750 osób.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki dotyczy także **nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki pielęgniarskiej** oraz **nocnej i świątecznej opieki medycznej w POZ**, udzielanych w ramach odrębnych umów. Jest ono realizowane według ustalonych rocznych stawek kapitacyjnych. Należność z tytułu realizacji świadczeń, którą jest suma dwunastu części iloczynów liczby pacjentów objętych opieką i właściwej dla realizowanego zakresu świadczeń rocznej stawki kapitacyjnej, wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej

przez świadczeniodawcę faktury. Podstawą finansowania są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do pielęgniarki POZ danego świadczeniodawcy bądź świadczeniodawcy, który na podstawie zawartej umowy przejmuje prawa do objęcia opieką zadeklarowanych pacjentów.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki szkolnej – świadczenia medyczne realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę szkolną, która zobowiązana jest do udzielania świadczeń na rzecz uczniów, również z zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, finansowane są według stawek kapitacyjnych uwzględniających korygujące współczynniki odpowiednie dla typu szkoły i populacji uczniów. Liczba uczniów przypadająca na jedną szkolną pielęgniarkę określona została w „Standardach w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza POZ” opracowanych przez Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka.

Należność za wykonane świadczenia, która stanowi sumę dwunastu części iloczynów liczby uczniów objętych opieką i rocznej stawki kapitacyjnej z uwzględnieniem współczynników korygujących, wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury.

W przypadku prowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej należność zostaje powiększona o dwunastą część iloczynu liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową oraz rocznej stawki kapitacyjnej. Listy uczniów podlegają comiesięcznej weryfikacji przez Fundusz. Do rozliczenia świadczeń w lipcu i sierpniu przyjmuje się stosowne liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy.

Roczna stawka kapitacyjna nie obejmuje finansowania świadczeń pielęgniarki POZ udzielanych w ramach programu profilaktyki gruźlicy, a świadczenia te finansowane są według odrębnych zasad. Podobnie inne zasady finansowania stosuje się w przypadku świadczeń pielęgniarki POZ, gdy świadczeniodawca wybierze inną niż kapitacyjna metodę ich finansowania, a więc metodę zadaniową (punktową).

Metoda zadaniowa (punktowa) – finansowanie świadczeń pielęgniarki POZ realizowane jest według katalogu wycenionych w punktach świadczeń pielęgniarki POZ. Jednostką rozliczeniową jest **punkt**, którego wartość ustalona jest przez prezesa NFZ. Należność za wykonane usługi, którą stanowi iloczyn liczby zrealizowanych w okresie sprawozdawczym punktów i wartości punktów, wypłacana jest raz w miesiącu na podstawie wystawionej faktury.

Pielęgniarka środowiskowa rozliczana punktowo nie może obejmować opieką równocześnie więcej niż ośmioro podopiecznych, przy czym liczba pacjentów uzależniona jest od stanu oraz oceny czasu pracy potrzebnego dla wykonania wszystkich niezbędnych czynności ujętych w „Indywidualnym planie opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej”. Pielęgniarkę świadczącą usługi opieki środowiskowej obowiązuje ponadto limit 5.500 punktów jako możliwy do wypracowania w ciągu jednego miesiąca, przy czym 20% z tej liczby punktów przeznaczone jest na wykonanie świadczeń innym świadczeniobiorcom (nieobjętym opieką środowiskową), którzy również wypełnili deklarację wyboru pielęgniarki.

Finansowanie świadczeń pielęgniarki POZ realizowanej w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych

– jednostką rozliczeniową jest **informacja o udzielonej poradzcie**, na którą składa się traktowany jako jedno świadczenie cykl udokumentowanych świadczeń obejmujących:

- wywiad w kierunku gruźlicy wraz z wypełnieniem „Ankiety świadczeniobiorcy w Programie profilaktyki gruźlicy”
- edukację zdrowotną pacjenta
- w przypadku pacjentów z grupy największego ryzyka zachorowania – przekazanie pisemnej informacji lekarzowi POZ, do którego zadeklarowany jest pacjent, o wynikach przeprowadzonej ankiety oraz wskazanie pacjentowi trybu dalszego postępowania, w tym poinformowanie o konieczności zgłoszenia się do lekarza POZ.

Obowiązującą wysokość stawki za poradę określa prezes NFZ w załączniku do zarządzenia. Należność za świadczenia udzielane w ramach Programu wypłaca oddział NFZ raz w miesiącu na podstawie wystawionej przez świadczeniodawcę faktury.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dz.U. nr 214 poz. 1816 z dnia 28 października 2005 roku) oraz Zarządzenie Prezesa NFZ nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 roku z późniejszymi zmianami.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA CZ. 2

Wiele chorób, na które zapadamy, wymaga pomocy lub opieki pielęgniarskiej. Zrobienie zastrzyku czy założenie opatrunku lub zdjęcie szwu to jedne z wielu zadań pielęgniarki. Świadczenia pielęgniarskie zapewnia się także obłożnie chorym, ale i osobom zdrowym - na przykład wykonanie pomiaru ciśnienia krwi. Oczywiście zakres usług pielęgniarskich jest bardzo szeroki. Dzisiaj ciąg dalszy informacji o rodzajach świadczonych usług pielęgniarskich.

PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Jedną z form opieki pielęgniarskiej jest **pielęgniarska opieka długoterminowa**, realizowana w ramach opieki długoterminowej. Podstawą do objęcia pacjenta pielęgniarską opieką długoterminową jest:

- skierowanie - wystawiane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
- kwalifikacja - dokonana przez pielęgniarkę, która ocenia chorego według zmodyfikowanej skali Barthel. Skala ta ocenia możliwości samoobsługi pacjenta, a więc określa, jakie czynności pacjent może wykonać sam, jakie z pomocą innych lub nie może wykonać ich wcale. Maksymalnie chory może otrzymać 100, a minimum 0 punktów.

Chory kwalifikuje się więc do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową, kiedy w ocenie uzyska **poniżej 40 punktów** według zmodyfikowanej skali Barthel. Ocena stanu samoobsługi pacjenta dokonywana jest co sześć miesięcy. W przypadku, kiedy otrzyma on powyżej 40 punktów, dalsza opieka pielęgniarska w ramach tego świadczenia nie jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Pielęgniarska opieka długoterminowa wykonywana jest w warunkach domowych nad obłożnie oraz przewlekle chorymi, których stan zdrowia nie wymaga przebywania w szpitalu, czy też w innych formach stacjonarnej opieki długoterminowej, a jednocześnie ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają oni systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych, realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Warunkiem objęcia taką opieką jest także bezwzględny wymóg realizacji przynajmniej jednego z wymienionych świadczeń pielęgniarskich przez okres powyżej dwóch tygodni, a więc:

- kroplowego wlewu dożylnego wynikającego ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia,
- wykonywania zabiegów pielęgniarsko-leczniczych w stomiach, przetokach, odleżynach, troficznych owrzodzeniach podudzi i trudno gojących się ranach,
- karmienia przez zgłębnik i przez przetokę,
- płukania pęcherza moczowego,
- pielęgnacji w związku z założoną rurką tracheotomijną,
- zakładania i usuwania cewnika (stałe zlecenie lekarskie).

Pielęgniarka realizująca tego typu świadczenia nie może opiekować się jednocześnie więcej niż pięcioma pacjentami (w przypadku jednego pełnego etatu) lub dwoma (w przypadku pół etatu). Nie może także równolegle realizować zadań jako pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej.

Opieka pielęgniarska długoterminowa realizowana jest minimum cztery razy w tygodniu po półtorej godziny dziennie na jednego pacjenta w dni powszednie, od poniedziałku do piątku w godzinach pomiędzy 8.00 a 20.00. Natomiast w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach, określanych przez lekarza wystawiającego skierowanie.

Pielęgniarska opieka długoterminowa nie przysługuje chorym:

- objętym opieką przez hospicjum domowe,
- objętym opieką przez inne stacjonarne zakłady opieki długoterminowej,
- w ostrej fazie choroby psychicznej,
- objętych opieką przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej w ramach pielęgniarskiej opieki środowiskowej.



Narodowy Fundusz Zdrowia
Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

www.nfz-katowice.pl

www.nfz.gov.pl

Informacja ogólna

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 19 00
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 05

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta Śląskiego OW NFZ
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 17 07

Biuro Działu Skarg i Wniosków
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 90; 735 05 63; 735 05 13; 735 05 16;
735 05 82; 735 05 45

Informacja dotycząca Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, tel. 032 735 18 00

Informacja na temat leczenia w Unii Europejskiej
ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,
tel. 032 735 16 97, 032 735 17 63, 032 735 16 25

Informacja na temat Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,
tel. 032 735 18 87, 032 735 18 78, 032 735 18 86

Informacja dotycząca rozliczania (refundacji) kosztów leczenia w krajach Unii Europejskiej

ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice,
tel. 032 735 17 65, 032 735 16 73, 032 735 15 67

Informacja Działu Lecznictwa Uzdrawiskowego
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 22

Dział ds. Środków Pomocniczych i Przedmiotów Ortopedycznych
ul. gen. Jankego 15A, 40-615 Katowice,
tel. 032 735 05 56, 032 735 05 57