

Znak: DSOZ.401.....2016

Warszawa, dnia 12 lutego 2016 r.

W. 04035 TOK

*P. Ada Suda
1- prosba
Przew.
Janicki
Mier*

Pani

Zofia Małas

Prezes

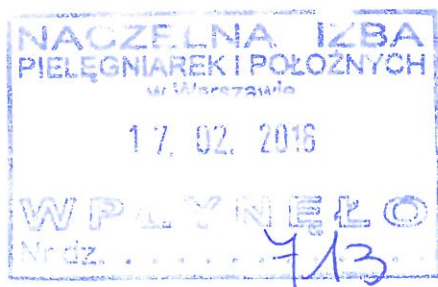
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Przepraszam Pani Prezes

Chciałbym serdecznie podziękować za uwagi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zgłoszone do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, który wprowadza nowy zakres świadczeń: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży”.

Zostały one rozpatrzone z najwyższą starannością, znaczna ich część została uwzględniona w projekcie przedmiotowego zarządzenia. Szczegółowe informacje o sposobie rozpatrzenia poszczególnych uwag przedstawiam w załączniku.

Liczę na dalszą owocną współpracę w działaniach na rzecz polepszenia jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ.



2 po wezieniu

*Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna*

Informacja, dotycząca rozpatrzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia uwag Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, który wprowadza nowy zakres świadczeń: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży”.

Ponieważ znaczna część uwag nie zawiera propozycji zmian w projekcie, a jedynie wyraża ogólną opinię co do jego treści (w podsumowaniu stwierdzono wprost, że wprowadzenie w życie projektu jest niezasadne i NRPiP wnosi o jego odrzucenie w całości), dlatego uwzględnienie uwag o takim charakterze było niemożliwe.

- 1) W odniesieniu do uwagi nr 1: „wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu - nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki, w środowisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów fizjologicznej ciąży (...) daje kobietom, ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji, zdrowotnej rodziny”,

wyjaśniam, że ryczałt obejmuje wszystkie formy opieki nad ciężarną, w tym także opiekę w domu, stosownie do potrzeb, ponadto podmiot koordynujący zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC, dlatego uwaga jako nieuzasadniona nie będzie uwzględniona.

- 2) W odniesieniu do uwagi nr 2: „Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i: środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolenie pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu)”,

wyjaśniam, że świadczenie w żaden sposób nie dyskryminuje kobiet z ww. obszarów, ponadto świadczenie ma charakter pilotażowy, zatem równolegle zostanie zachowany dotychczasowy system opieki, dlatego nie istnieje opisane powyżej ryzyko. Po okresie pilotażu, jeśli przedstawione obawy znajdą potwierdzenie w rzeczywistości, wówczas zostaną dokonane stosowne zmiany. Dlatego uwaga jako nieuzasadniona nie będzie uwzględniona. Jednocześnie zauważyć trzeba, że NRPIP zgłaszając uwagę nie przedstawiła propozycji zmian.

- 3) W odniesieniu do uwagi nr 3: „Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów fizjologicznej ciąży”,

wyjaśniam, że świadczenie ma charakter pilotażowy, zatem równolegle zostanie zachowany dotychczasowy system opieki, dlatego ciężarna zachowa możliwość wyboru lekarza/położnej. Ponadto nadal zachowuje możliwość wyboru świadczeniodawcy realizującego przedmiotowe świadczenie. Natomiast jeśliby wszyscy świadczeniodawcy z danego terenu udzielali świadczeń wyłącznie w ramach pilotażu, wówczas i tak ciężarna miałaby wybór spośród wszystkich dostępnych na danym terenie lekarzy/położnych. Uwaga jako nieuzasadniona nie będzie uwzględniona. Także tutaj, NRPIP zgłaszając uwagę nie przedstawiła propozycji zmiany.

- 4) W odniesieniu do uwagi nr 4: „Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, połogu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece - inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu, i w czasie połogu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego”,

wyjaśniam, że nie przedstawiono żadnego uzasadnienia takiej opinii. W projekcie nie ma żadnych przeszkód aby ta sama położna sprawowała opiekę nad ciężarną. Uwaga jako nieuzasadniona nie może zostać uwzględniona.

- 5) W odniesieniu do uwagi nr 5: „(...) projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych

wykonujących działalność leczniczą w rodzaju, świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia). Rozporządzenie to - jak się wydaje - powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy¹, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu”;

wyjaśniam, że uwaga jako uzasadniona, została uwzględniona. Do projektu zarządzenia wprowadzono odwołanie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego.

- 6) W odniesieniu do uwagi nr 6: „(...) Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011. r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11), wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia”;

wyjaśniam, że uwaga jako uzasadniona, została uwzględniona. Z projektu zarządzenia usunięto termin „elektroniczna dokumentacja”.

- 7) W odniesieniu do uwagi nr 7: „(...) zgodnie z propozycją projektu niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i. ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z zakresu programów zdrowotnych (Dz. 1.1. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia, wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz leczenia szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem, udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych”;

wyjaśniam, że w przypadku udzielenia świadczenia w trybie nagłym, np. w związku z porodem istnieje możliwość objęcia pacjentki opieką w ramach KOC, a tym samym sfinansowania udzielonych

świadczeń. Należy też mieć na uwadze, że ze względu na pilotażowy charakter świadczenia mogłoby powstać ryzyko podwójnego finansowania tych samych świadczeń przez NFZ. Odpowiednie przepisy zawarte w projekcie zarządzenia mają zapobiec wystąpieniu tego problemu a więc niegospodarnego wydatkowania środków publicznych. Tym samym uwaga, jako niezasadna, nie może zostać uwzględniona.

- 8) W odniesieniu do uwagi nr 8: „Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić - biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia – że załącznik ten powinien zostać umieszczony •po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy),

wyjaśniam, że w treści projektu prawidłowo oznaczono załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Można domniemywać, że uwaga wynika z niedostrzeżenia przez NRPiP wszystkich zarządzeń zmieniających zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadzających załączniki aż do numeru 2e. Dlatego pierwszą wolną pozycją jest 2f. Uwaga jako nieuzasadniona nie może zostać uwzględniona.

- 9a) W odniesieniu do uwagi nr 9: „W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki,

wyjaśniam, że ponieważ intencją wprowadzenia świadczenia kompleksowego jest objęcie pacjentki opieką przez cały okres, dlatego w takiej sytuacji świadczenie nie może zostać rozliczone przez ośrodek realizujący KOC.

9b) cd. w odniesieniu do uwagi nr 9: „Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia.”

wyjaśniam, że w takiej sytuacji świadczenie może zostać rozliczone przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń na III poziomie referencyjnym.

9c) cd. w odniesieniu do uwagi nr 9: „Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami”,

wyjaśniam, że w takiej sytuacji świadczenie zostanie rozliczone w zależności od tego czy poród odbył się u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach KOC.

10) W odniesieniu do uwagi nr 10: „w załączniku nr 3 do projektu w pkt 5. wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego - „odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej - 100%”. Powstaje wątpliwość, czy taki - parametr jest możliwy do osiągnięcia,

wyjaśniam, że ze względu na konieczność dążenia do jak najwyższej jakości świadczeń zasadne jest dążenie do uzyskania 100% odsetka ciężarnych, u których zrealizowany zostanie pełny schemat opieki.

11) W odniesieniu do uwagi nr 11: „Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia. Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów”.

wyjaśniam, że wartość punktu będzie wynikiem przeprowadzonego postępowania, zaś wartości procentowe odnoszą się do wartości świadczenia. Natomiast sprawa podziału środków z ryczału pomiędzy członków zespołu pozostaje w gestii świadczeniodawcy. Uwaga, jako wynikła z niezrozumienia całości projektu, nie będzie uwzględniona.

12a) W odniesieniu do uwagi nr 12, dotyczącej załącznika nr 2: „w pkt 23.4 w ppkt 23.4,3 – w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbę położnych wchodzących w zespół

(6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położne: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem”,

Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwojgiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarskich”,

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, w projekcie zarządzenia dodano przepis: „równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na 1 łóżko w systemie "matka z dzieckiem" - zapewniające całodobową opiekę okołoporodową nad kobietą w KOC we wszystkie dni tygodnia, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej *”.

12b) cd. - w odniesieniu do uwagi nr 12, dotyczącej załącznika nr 2: „W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki - Minimalna liczba porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t. c. ~ 600 rocznie) - warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach”

wyjaśniam, że z uwagi na pilotażowy charakter świadczenia nie ma konieczności, aby wszystkie szpitale na terenie województwa zawierały na niego umowę.

12c) cd. - w odniesieniu do uwagi nr 12, dotyczącej załącznika nr 2: „W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym”,

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, w projekcie zarządzenia dodano przepis: „Równoważnik co najmniej 1 etatu - położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.”

13a) W odniesieniu do uwagi nr 13, dotyczącej załącznika nr 3: „W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym ~ zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których

odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki”,

wyjaśniam, że uwaga, została rozważona, zaś przepis w projekcie zarządzenia otrzymał brzmienie: „zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC”.

13b) cd. - w odniesieniu do uwagi nr 13, dotyczącej załącznika nr 3: ”W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) podmiot koordynujący współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej”,

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, zaś przepis w projekcie zarządzenia otrzymał brzmienie: „współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką środowiskową na liście których znajduje się kobieta w ciąży”.

13c) cd. - w odniesieniu do uwagi nr 13, dotyczącej załącznika nr 3: „W pkt 1,5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty”,

wyjaśniam, że uwaga, została uwzględniona, w projekcie zarządzenia dodano odpowiednie procedury.

13d) cd. - w odniesieniu do uwagi nr 13, dotyczącej załącznika nr 3: „W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich - poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).”

wyjaśniam, że z uwagi na pilotażowy charakter świadczenia nie ma konieczności, aby wszystkie oddziały położnicze na danym terenie zawierały na ten zakres świadczeń. Konieczne jest dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości.

- 14) W odniesieniu do uwagi nr 14, dotyczącej załącznika nr 5 ankieta satysfakcji: „Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków - czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki”,

wyjaśniam, że także subiektywna ocena pacjentki powinna być brana pod uwagę, nie można pozbawiać jej prawa do wyrażenia opinii.

- 15) W odniesieniu do uwagi nr 15: „Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i porodu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów”,

wyjaśniam, że z uwagi na pilotażowy charakter świadczenia nie może dojść do dezorganizacji dotychczasowej opieki, gdyż dotychczasowy system będzie funkcjonował równolegle do pilotażu.