



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OPOLU

45 – 123 Opole, ul. Budowlanych 44A
tel.: 77 44 151 90, e-mail: biuro@oipip.opole.pl
www.oipip.opole.pl, fb: www.facebook.com/OIPiPOpole

OIPiP/PR/384/24

Opole, dnia 14 lutego 2024 r.

Pani

Mariola Łodzińska

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do wcześniejszej korespondencji – pismo OIPiP w Opolu znak OIPiP/PR/293823 oraz pismo NRPiP znak NIPiP-NRPiP-DM-0025.206.2023.JP, działając w imieniu Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu, ponownie przesyłam wniosek Komisji ds. opieki długoterminowej domowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Opolu o podjęcie działań przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych mających na celu wprowadzenie zmian w zakresie przepisów prawnych regulujących realizację świadczeń przez pielęgniarki w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Poniżej przesyłam wykaz zapisów wymagających wprowadzenia zmian:

1. Wyposażenie neseseru pielęgniarki:

1) **Usunięcie** wymogu posiadania wyposażenia:

- a) zestawu do założenia i usunięcia zgłębnika oraz do karmienia przez zgłębnik, stomię,
- b) zestawu do karmienia przez przetokę i pielęgnowania przetoki,
- c) zestawu do założenia, płukania i usunięcia cewnika,
- d) zestawu do pielęgnowania.

Uzasadnienie: pacjent na podstawie wystawionej przez lekarza lub pielęgniarkę recepty lub zlecenia na wyroby medyczne we własnym zakresie zaopatrza się w niezbędny sprzęt. Pielęgniarka podczas wizyt u pacjenta w miejscu pobytu pacjenta planuje oraz nadzoruje wraz z rodziną, aby niezbędny sprzęt i leki były na bieżąco uzupełniane. Wystawia również receptę lub zlecenie na wyroby medyczne niezbędne do opieki nad pacjentem.

Wymóg posiadania przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej zestawów wymienionych powyżej generuje niepotrzebne koszty działalności spowodowane zakupem, a następnie utylizacją sprzętu po utracie terminu ważności.

2) **Wprowadzenie** wymogu wyposażenia neseseru pielęgniarskiego w pulsoksymetr.



Pulsoksymetr pozwala szybko i precyzyjnie oznaczać nasycenia tlenem hemoglobiny we krwi, a tym samym w szybki i prosty sposób zdiagnozować niedotlenienie organizmu pacjenta. Ponadto daje możliwość badania szybkości i miarowości tętna pacjenta w czasie rzeczywistym.

2. W warunkach udzielania świadczeń gwarantowanych:

1) Usunięcie zapisu:

- a) „dostępność od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00”,
- b) „dostępność w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach”,

2) Wprowadzenie zapisu:

- a) „dostępność od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7.00 do 21.00” – bez zapisu: „w soboty i dni ustawowo wolne od pracy w medycznie uzasadnionych przypadkach” – wówczas pielęgniarka ma możliwość dostosowania indywidualnego planu opieki do potrzeb pacjenta i jego rodziny,
- b) zmiany liczby wizyt w tygodniu z „nie mniej niż 4 razy w tygodniu” na: „wizyty – nie mniej niż 4 razy w tygodniu; w rozumieniu od poniedziałku do niedzieli”.

3. Wprowadzenie w finansowaniu świadczeń współczynnika 2,5 przez okres pierwszych 60 dni dla pacjentów objętych pielęgniarską opieką długoterminową domową.

Uzasadnienie: w pierwszym okresie objęcia opieką pacjenta, pielęgniarka opieki długoterminowej planuje proces pielęgnowania, organizuje środowisko pacjenta oraz wspomaga rodzinę, wskazuje kierunki pomocy, współpracy z instytucjami ochrony zdrowia oraz systemu opieki społecznej. Poprzez swoją wiedzę i działania pielęgniarka pomaga odnaleźć się pacjentowi i jego rodzinie w nowej sytuacji, przeorganizować życie, zaadoptować do trudnej rzeczywistości, która ich zaskoczyła.

4. Wprowadzenie odrębnie finansowanej: porady pielęgniarskiej leczenia ran, porady pielęgniarskiej urologicznej, porady pielęgniarskiej stomijnej, porady pielęgniarskiej układu oddechowego, porady pielęgniarskiej diabetologicznej, porady wsparcie psychologiczne dla pacjenta i jego rodziny.

5. Wprowadzenie następującego zapisu:

„W przypadku okresowego pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, opieka długoterminowa domowa ma obowiązek utrzymać rezerwację miejsca. Fundusz finansuje 50 % wartości osobodnia”.

Uzasadnienie: Pobyt pacjenta objętego opieką w szpitalu nie pozwala na rozliczenie osobodnia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Proponujemy wprowadzenie rozwiązania funkcjonującego w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicych, tj. za czas pobytu pacjenta w szpitalu pokrycie 50% wartości osobodnia.



6. **Poprawę** jakości i bezpieczeństwa warunków pracy pielęgniarek opieki długoterminowej domowej, jak również poprawę warunków dla pacjentów i ich rodzin.

Należy wdrożyć system zabezpieczenia pracy pielęgniarki opieki długoterminowej pod kątem ergonomii pracy.

Uzasadnienie: Pielęgniarki w szpitalach lub innych zakładach opieki stacjonarnej mają dostęp do nowoczesnego sprzętu ułatwiającego im prace przy pacjencie a jednocześnie poprawiającego warunki pracy, w tym BHP.

W pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej pielęgniarka niejednokrotnie w domu pacjenta pracuje sama, bez sprzętu wspomagającego. Konieczne są czytelne rozwiązania w kwestii zabezpieczenia pacjenta w niezbędny sprzęt do pielęgnacji typu: łóżko rehabilitacyjne, podnośniki, maty ślizgowe, wanienki do mycia głowy.

7. **Przeanalizowanie** katalogu czynności pielęgniarskich wg KOD ICD-9 i dostosowanie go do aktualnych potrzeb.

Uzasadnienie: Obowiązujący katalog czynności nie jest na bieżąco aktualizowany. Procedury medyczne realizowane przez pielęgniarkę przy pacjencie nie mogą zostać wykazane w sprawozdawczości a co się z tym wiąże nie pozwalają na wykazanie w pełni pracy i kompetencji jakie posiada pielęgniarka.

Istnieje wiele procedur realizowanych przez pielęgniarki a nie ma możliwości ich sprawozdawania, np. świadczenia diagnostyczne typu: ocena stanu ogólnego pacjenta na podstawie badania fizykalnego, ocena nawodnienia organizmu, ocena stanu świadomości pacjenta wg przyjętej skali, ocena stanu psychicznego pacjenta wg przyjętej skali, doraźna modyfikacja stałej dawki leczniczej insuliny krótko działającej, stosowanie zabiegów p/zapalnych, stosowanie metod pielęgniarskich do obniżania lub podwyższania temperatury ciała, ocena i pielęgnacja założonego cewnika, wykonanie inhalacji, zmiana pozycji ułożeniowej pacjenta, ułożenie terapeutyczne i przemieszczanie chorego w łóżku, zapewnienie odpowiednich warunków otoczenia pacjenta, organizowanie pomocy instytucjonalnej (np. ZOL, ZPO, DPS, ośrodki pomocy społecznej).

8. **Zniesienie** limitów dla oczekujących pacjentów do objęcia pielęgniarską opieką długoterminową.

Uzasadnienie: W dobie starzejącego się społeczeństwa wzrasta liczba osób przewlekle chorych wymagających objęcia pielęgniarską opieką długoterminową domową. Zarówno szpitalne oddziały internistyczne oraz Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze nie dysponują odpowiednią liczbą miejsc pozwalającą na szybkie przyjęcie pacjenta, który potrzebuje natychmiastowej opieki. Z drugiej strony nie ma możliwości przyjęcia go do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, gdyż NFZ nie wyraża zgody na zwiększenie kontraktów, a nadwykonania finansuje na poziomie około 47 % wartości osobodnia z zawartej z NFZ umowy. Takie finansowanie



pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej nie pokrywa w żaden sposób nawet wynagrodzenia personelu.

Przy pełnej obsadzie pacjentów przez cały miesiąc (brak pobytów w szpitalu) pielęgniarka opieki długoterminowej domowej jest w stanie otrzymać od NFZ świadczenie w wysokości maksymalnie 9 937,80 zł brutto brutto. Od lipca 2024 r. proponowana pensja dla magistra pielęgniarstwa to kwota 9 230,57 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy będzie to kwota 11 084,16 zł, co przy poziomie finansowania 9 937,80 zł oznacza **stratę w wysokości 1 147,16 zł**. Powyższe wyliczenie nie obejmuje utrzymania placówki, zakupu leków, utylizacji odpadów medycznych, sprzętu ochrony osobistej, odzieży ochronnej, ubezpieczenia i innych opłat związanych z działalnością firmy.

9. **Zwiększenie** środków finansowych na pielęgniarską opiekę długoterminową domową, a tym samym zwiększenie ceny osobodnia poprzez nową wycenę AOTMiT.

Z uwagi na rosnące koszty osobowe – zatrudnianego personelu pielęgniarskiego i podstawowych gwarantowanych podwyżek na dzień 1 lipca każdego roku, koszty inflacji, wzrost cen energii, paliwa (koszt transportu, amortyzacji samochodu, OC samochodu oraz wynagrodzenie za czas dojazdu często na terenach słabo zaludnionych), OC podmiotu medycznego, zakup licencji, środków i materiałów opatrunkowych, koszty administracyjno-informatyczne. Dotychczasowa wyceniona cena osobodnia nie zabezpiecza w żaden sposób podstawowych kosztów działalności. Wydaje się priorytetowym dostosowanie poziomu finansowania tych świadczeń to realnych cen rynkowych i kosztów ponoszonych przez pielęgniarki.

W związku z powyższym, prosimy o umożliwienie spotkania z Panią Prezes na szczeblu krajowym z Zespołem ds. Opieki długoterminowej i paliatywnej oraz przedstawicielami pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej z innych województw, na którym będzie możliwość wspólnego omówienia propozycji zmian i ustalenia kierunku dalszych działań w perspektywie przyszłości.

Z poważaniem

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Opolu
mgr Jolanta Grzyb

