Minister Zdrowia

DLF.050.78.2024.KK
Warszawa, 26 listopada 2024

Pani
Małgorzata Kidawa-Błońska
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

w odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Waldemara Kraskę, Senatora RP, wspólnie z innymi senatorami, na 21 posiedzeniu Senatu w dniu 30 października 2024 r. w sprawie katastrofalnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji dotyczących przedstawionych w ww. oświadczeniu pytań.

1. Czy prawdą jest, że z 900 do zaledwie 170 pozycji ma zostać skrócona lista wskazań do rehabilitacji w warunkach szpitalnych? Tak wynika z projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zablokuje to dostęp do kompleksowego leczenia i może doprowadzić do zamykania niektórych oddziałów, szczególnie oddziałów zajmujących się rehabilitacją dzieci.

Założeniem zasadniczych zmian wprowadzonych w załączniku nr 2 do projektu rozporządzenia MZ 1575, było celowe wprowadzenie ścisłych kryteriów kwalifikacji, tj. m.in.: listy rozpoznań kwalifikujących do rehabilitacji stacjonarnej i domowej, które są następstwem chorób i stanowią przyczynę rehabilitacji, nie są zaś listą podstawowych rozpoznań chorobowych.

W tym celu załącznik nr 2 do projektu rozporządzenia MZ 1575 zawiera:

— 173 rozpoznania kwalifikujących do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych,
— 38 rozpoznań kwalifikujących do rehabilitacji w warunkach domowych.

Zaproponowany katalog rozpoznań kwalifikujących do przyjęcia do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i domowych nie zawiera jednak wszystkich chorób, wad genetycznych i urazów, których potencjalne następstwa mogą wymagać rehabilitacji leczniczej.

telefon: +48 22 250 01 46
adres email: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

W istocie, katalog miał obejmować właśnie szeroki zakres różnorodnych następstw tychże chorób, wad genetycznych i urazów, będących wskazaniem do rehabilitacji, w tym również rozpoznań dziecięcych – z zaznaczeniem, że może on ulec modyfikacji po uwzględnieniu uwag zgłoszonych w trakcie konsultacji publicznych i ich rozpatrzeniu, zgodnie z rzeczywistymi potrzebami pacjentów

Z uwagi na to, że w trakcie konsultacji publicznych pojawiły się sygnały, że przedmiotowy załącznik może nie być kompletny, Minister Zdrowia (w trakcie spotkania z interesariuszami w dniu 4 listopada br. w formule Okrągłego Stołu), podjęła decyzję o powołaniu zespołu złożonego z przedstawicieli środowiska fizjoterapeutów, rehabilitantów, organizacji pacjenckich oraz świadczeniodawców, w celu stworzenia możliwie najlepszej wersji przepisów, w tym również ewentualnej zmiany w tak ważnej kwestii jak lista wskazań do rehabilitacji w warunkach szpitalnych. Obecnie trwa ustalenie ostatecznego składu wspomnianego zespołu.

Podsumowując, intencją stworzenia katalogu rozpoznań kwalifikujących do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i domowych, nie było ograniczenie dostępu dla pacjentów wymagających tego rodzaju świadczeń, ale stworzenie jasnych kryteriów kwalifikacji.

Załącznik nr 2 do projektu rozporządzenia MZ 1575 to wykaz jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-10 kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych, w tym 173 rozpoznań, którego kluczem było określenie szerokiego zakresu wszystkich następstw: chorób, wad genetycznych i urazów, będących wskazaniem do rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, w tym również wszystkich rozpoznań dziecięcych.

2. Czy w ministerstwie zapadła decyzja o wygaszeniu wraz z końcem grudnia bieżącego roku programu „Profilaktyka 40 plus”? Jeżeli tak, to jakie są powody tej decyzji?

Zgodnie z decyzją Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia ww. program będzie trwał do dnia 31 grudnia 2024 r.

Obecnie trwają prace zmierzające do przedstawienia nowej oferty profilaktycznej, która uwzględni wnioski wskazane w raporcie Narodowego Funduszu Zdrowia z ewaluacji tego programu za okres realizacji od dnia 1 lipca 2021 do 31 lipca 2024 r. oraz pozwoli na zapewnienie ciągłości i korzystania z oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Dlaczego wyboru szefa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego ma dokonywać zespół ekspertów wskazanych przez ministra zdrowia, a nie, jak dotychczas, kolegium elektorów? Czy to nie jest zamach na niezależność CMKP? Czy nie wpłynie to na jakość kształcenia?

Na wstępie należy wskazać, że Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego jest podmiotem stworzonym w przede wszystkim w celu kształcenia podyplomowego w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. CMKP powierzono prowadzenie, programowanie

i organizację kształcenia podyplomowego osób z wyższym wykształceniem w służbie zdrowia. Do podstawowych zadań CMKP należy kształcenie i doskonalenie profesjonalnej wiedzy medycznej poszczególnych zawodów medycznych głównie poprzez prowadzenie studiów podyplomowych w zakresie reprezentowanych dziedzin nauk medycznych, obejmujących w szczególności: kształcenie specjalizacyjne i ustawiczne doskonalenia zawodowe. CMKP dokonuje analiz potrzeb w zakresie kształcenia medycznego, oceny skuteczności tego kształcenia oraz doskonali formy i metody kształcenia podyplomowego, gromadzi i opracowuje informacje dotyczące organizacji, przebiegu i jakości kształcenia na medycznych studiach podyplomowych w ochronie zdrowia. CMKP organizuje i koordynuje działania związane z opracowaniem i aktualizacją programów specjalizacji; redaguje programy specjalizacji i przedstawia je do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, publikuje zatwierdzone programy specjalizacji oraz listę kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji, koordynuje organizację obowiązkowych kursów szkoleniowych objętych programami specjalizacji, koordynuje pracę zespołów ekspertów powołanych do opiniowania spraw związanych z procesem kształcenia specjalizacyjnego, kontroluje i monitoruje realizację szkolenia specjalizacyjnego i na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz dostępnych form monitorowania systemu specjalizacji opracowuje raporty o stanie realizacji kształcenia specjalizacyjnego.

Są to bardzo odpowiedzialne zadania, gdyż CMKP jest jedyną w Polsce jednostką mającą prawo do organizacji procesu kształcenia podyplomowego, w szczególności zdobywania specjalizacji przez lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych. W polskim systemie prawnym nie ma drugiej takiej instytucji. Wszelkie regulacje przyjęte w CMKP mają zatem bezpośredni wpływ na jakość kształcenia polskiej kadry medycznej, gdyż to CMKP przygotowuje wysoko wykwalifikowaną kadrę do działania w systemie ochrony zdrowia. Dlatego bardzo ważne jest by proces ten był zgodny z polityką zdrowotną realizowaną przez Ministra Zdrowia.

Powyżej opisane zadania są także głównym czynnikiem odróżniającym CMKP od uczelni. Należy podkreślić, że głównym zadaniem uczelni, których działalność reguluje ustawa z dnia z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, jest prowadzenie kształcenia na studiach oraz prowadzenie działalności naukowej, świadczenie usług badawczych oraz transfer wiedzy i technologii do gospodarki. Uczelnie mają autonomię w określaniu programu kształcenia na studiach. W związku z powyższym, mimo że uczelnie kształcące na kierunkach medycznych, w tym na kierunkach lekarskim oraz lekarsko-dentystycznym muszą w programach studiów uwzględniać standardy kształcenia określone w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty

i ratownika medycznego, to absolwenci kierunków medycznych posiadają różne umiejętności. W szczególności w związku z rozpoczęciem w ostatnim czasie kształcenia na kierunku lekarskim przez szereg nowych uczelni z małym doświadczeniem w kształceniu na kierunkach medycznych.

Dlatego też bardzo ważne jest by CMKP jako jedyny podmiot nadzorujący proces dalszego zdobywania wiedzy i kompetencji przez lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w jak największym stopniu realizował swoje zadania zgodnie z polityką Państwa, szczególności poprzez zwiększanie dostępności kształcenia podyplomowego w dziedzinach medycyny priorytetowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny.

Należy podkreślić, iż obecnie obowiązująca ustawa o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego wyłącza stosowanie art. 9 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w którym to jest mowa o autonomii uczelni. Oznacza to, że CMKP w obecnym stanie prawnym nie cieszy się autonomią przynależną uczelniom medycznym.

Z powyższych względów istotnym jest nadzór Ministra Zdrowia nad tą jednostką sprawowany na zasadach analogicznych jak nad uczelnią medyczną, ale z zachowaniem zwierzchniej roli Ministra Zdrowia w zakresie powołania i odwołania dyrektora CMKP.

4. Dlaczego w projekcie ustawy o położnictwie i ginekologii pojawia się dodatkowe kryterium kwalifikacji do tzw. sieci szpitali? Decydować ma minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie. Tę liczbę określono na 400. Z zaproponowanej listy wynika, że 1/3 oddziałów położniczych nie znajdzie się w sieci. Może to spowodować zagrożenie dla życia i zdrowia ciężarnych, ale także nienarodzonych dzieci.

W związku z aktualnie procedowanym projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD71), uprzejmie informuję, że zgodnie z aktualną, zmienioną wersją tego projektu, która została ponownie przekazana do konsultacji publicznych, kwalifikacji do tzw. sieci szpitali w nowym kształcie, w odniesieniu do danego profilu, dokonywać będzie właściwy wojewoda, w oparciu o opinię zespołu złożonego z przedstawicieli: podmiotów tworzących SPZOZ-y albo podmiotów leczniczych w formie spółek działających na terenie województwa, dyrektora właściwego oddziału NFZ oraz właściwego konsultanta wojewódzkiego albo krajowego, kierując się m.in. potrzebą właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określaną w szczególności w oparciu o mapę potrzeb zdrowotnych oraz krajowy i wojewódzki plan transformacji, oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający wysoką jakość tych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. W przypadku kwalifikacji oddziałów położniczych z pewnością istotną wagę będzie miało każdorazowe stanowisko właściwego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Ponadto pragnę zaznaczyć, że w ww. projekcie nie ma żadnych przepisów przewidujących likwidację oddziałów położniczych. Nie było takich regulacji także w projekcie przyjętym uprzednio przez SKRM, który zawierał jedynie delegację dla Ministra Zdrowia do określenia w rozporządzeniu minimalnej liczby porodów, z uwzględnieniem zachowania również nieprzekraczalnej odległości do oddziału położniczego.

5. Dlaczego Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci za świadczenia wykraczające poza limit? Z tego powodu szpitale ograniczają przyjmowanie pacjentów, przesuwane są terminy planowych operacji, zamykane są niektóre oddziały szpitalne. Może to spowodować zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów.

Na wstępie należy wskazać, że finansowanie przez oddziały wojewódzki NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
- §14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

W zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Jednocześnie informuję, że dokonane w 2024 r. zwiększenie planowanych kosztów realizacji zadań NFZ, w tym m.in. zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 3,5 mld zł ze zwiększenia dotacji podmiotowej z budżetu państwa, umożliwiło oddziałom wojewódzkim NFZ sfinansowanie nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za I i II kw. 2024 r.

Aktualnie w oddziałach wojewódzkich NFZ prowadzone są prace mające na celu weryfikację możliwości rozliczenia nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za III kw. 2024 r. w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Natomiast weryfikacja możliwości rozliczenia w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za IV kw. 2024 r. zostanie przeprowadzona po sprawozdaniu przez świadczeniodawców przedmiotowych świadczeń udzielonych w IV kw. 2024 r.

Mając na uwadze ograniczone środki finansowe NFZ rozliczanie nadwykonań w limitowanych zakresach świadczeń w trakcie 2024 r. dokonywane jest przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach środków zaangażowanych w umowy o działanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez alokację środków z zakresów świadczeń, których odnotowano niewykonania do zakresów świadczeń w których odnotowano nadwykonania. Ostateczne rozliczenie świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r. będzie zrealizowane w terminie określonym w przepisie § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w terminie do 45 dni od dnia upływu okresu rozliczeniowego.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/