Minister Zdrowia

DLF.050.22.2024.DP
Warszawa, 19 czerwca 2024

Pani
Małgorzata Kidawa-Błońska
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

w odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Władysława Komarnickiego, Senatora RP, na 11. posiedzeniu Senatu w dniu 9 maja 2024 r. w sprawie propozycji zmian w stomatologii w związku z kontraktami z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawionych w imieniu stomatologów pracujących w Gorzowie Wielkopolskim, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji w odpowiedzi na przedstawione w ww. oświadczeniu postulaty/zagadnienia:

1. Wypłacanie pieniędzy bez limitu na dzieci i młodzież co miesiąc. To bardzo ważne, bo do tej pory wypłacano je po kwartale i z poślizgiem ponadmiesięcznym. Nie powinno się obciążać podmiotów leczniczych kredytowaniem tak potężnych instytucji jak Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na wstępie należy wskazać, że obecnie finansowaniem jest objęta całość świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia, wynikających z potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów i aktualnych możliwości ich zaspokojenia przez świadczeniodawców, w tym świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego. Należy podkreślić, że rozwiązanie takie znajduje pełne uzasadnienie w świetle art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom.

W obowiązujących zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach, wprowadzono stosowne zmiany dotyczące zwiększenia liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że po przekroczeniu kwoty

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

ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18 roku życia ponad kwotę zobowiązania w tym kwartale.

Mając na względzie objęcie ww. zmianami wszystkich świadczeń udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia, nie tylko z zakresu leczenia stomatologicznego, przyjęcie kwartalnego sposobu rozliczenia należy przyjąć za optymalne, pozwalające na bieżące refundowanie Narodowemu Funduszowi Zdrowia środków finansowych wydatkowanych na sfinansowanie kosztów świadczeń udzielonych dzieciom w danym kwartale, ponad kwoty zobowiązania płatnika wobec świadczeniodawców określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie pragnę zapewnić, że NFZ podejmuje działania celem jak najsprawniejszego wypłacania środków.

2. Należy zwiększyć kontrakt miesięczny na lekarza, gdyż nie był on zmieniany od ponad 10 lat.

Zgodnie z zarządzeniem nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, NFZ zawiera umowy:

1) na nie mniej niż pół etatu przeliczeniowego w odniesieniu do jednej umowy z zachowaniem zasady pracy do godz. 18.00 jeden raz w tygodniu;

2) na nie więcej niż jeden etat przeliczeniowy w odniesieniu do jednego lekarza i jednej umowy.

Fundusz może wyrazić zgodę na realizację świadczeń w innym wymiarze niż określony powyżej, z uwzględnieniem:

1) dostosowania harmonogramu pracy proporcjonalnie do zasad określonych dla całego etatu przeliczeniowego;

2) pracy do godz. 18.00 jeden raz w tygodniu.

To elastycznie rozwiązanie pozwala dostosować potencjał wykonawczy do lokalnych potrzeb i stanowi optymalny wariant zarządzenia podażą usług przy ograniczonym poziomie finasowania świadczeń stomatologicznych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że na mocy zarządzenia Prezesa NFZ nr 105/2023/DSOZ z 5 lipca 2023 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, na wniosek środowiska medycznego reprezentowanego w szczególności przez Naczelną Izbę Lekarską oraz konsultantów krajowych w dziedzinach lekarsko-

dentystycznych zniesione zostały odrębne kwoty zobowiązania w przypadku finansowania świadczeń rozliczanych pakietami.

W konsekwencji powyższego, zmieniono również definicję etatu przeliczeniowego, a NFZ zrezygnował z normatywnego określenia jego wymiaru.

3. Ministerstwo Zdrowia wyznacza limity minimalnych płac dla asystentek stomatologicznych, nie zapewniając dodatkowych środków na ich wynagrodzenia. Wszelkie podwyżki dotyczyły do tej pory lekarzy i to przeznaczone dla nich środki finansowe były zwiększane. oraz

4. Podwyżki. W lipcu 2022 r. otrzymaliśmy podwyżkę o 23%. Z kolei podwyżka w lipcu 2023 r. – po 10 latach bez podwyżek – wynosiła 5% i nie pokrywała nawet 50% szalejącej inflacji.

Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach", wprowadziła zmianę w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach", poprzez dodanie art. 31ha, określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń.

Podstawowym założeniem realizacji przepisów ustawy o wynagrodzeniach, jest ujęcie środków na wyższe wynagrodzenia w wycenie świadczeń medycznych, a nie, jak do 30 czerwca 2022 r., w odrębnym strumieniu środków, niezależnym od wykonania świadczeń dla pacjentów. Należy zaznaczyć, że wprowadzona forma przekazywania środków zapewnia możliwość elastycznego dysponowania dostępnymi środkami przez zarządzających podmiotami leczniczymi, umożliwiając tym samym efektywne funkcjonowanie podmiotu.

AOTMiT w ramach prac związanych z przygotowaniem ww. raportu monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii.

Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy jednak pamiętać, iż pozyskane dane analizowane były na poziomie globalnym dając uśrednione wyniki, a nie odrębnie dla każdego podmiotu, z indywidualnym uwzględnieniem struktury zatrudnienia. Analogicznie NFZ, wypełniając zapisy rekomendacji, nie brał pod uwagę indywidualnej struktury zatrudnienia u poszczególnych świadczeniodawców, ale w odniesieniu do wszystkich stosował jednakową metodę, wynikającą ze wspomnianej rekomendacji.

5. Nie ma realnych możliwości inwestowania w sprzęt ze względu na wysokie koszty prowadzenia firm. Narodowy Fundusz Zdrowia nie promuje inwestycji, a część gabinetów ma sprzęt z lat osiemdziesiątych. Podczas kontraktowania umów nie zwraca się uwagi na zasoby sprzętowe, wobec czego takie same kwoty otrzymują gabinety posiadające stary sprzęt i te posiadające nowy. Nie ma bodźca zachęcającego do inwestycji. Tworzy się coraz większa przepaść pomiędzy wyposażeniem prywatnych gabinetów i tych działających w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do stwierdzenia, iż podczas kontraktowania umów nie zwraca się uwagi na zasoby sprzętowe świadczeniodawców, należy wskazać, że szczegółowe kryteria dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń wraz z przypisaniem poszczególnym warunkom rankingującym określonej punktacji zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem kryterialnym".

Pokreślenia wymaga fakt, że ww. kryteria stanowią uzupełnienie wobec warunków określonych w tzw. rozporządzeniach koszykowych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, które mają charakter obligatoryjny i muszą zostać spełnione przez wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenia z danego zakresu. Wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2148, z późn. zm.). W niniejszym rozporządzeniu określono jaki sprzęt i wyposażenie obowiązkowo muszą posiadać świadczeniodawcy udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Należy wskazać, że spełnianie przez świadczeniodawców warunków rozporządzenia kryterialnego umożliwia uporządkowanie poszczególnych ofert na liście rankingowej, a tym samym wyłonienie najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu.

W odniesieniu do sposobu premiowania oferentów za sprzęt i aparaturę medyczną należy wskazać m.in., że zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia kryterialnego w tabeli nr 1 – leczenie stomatologiczne przedmiot postępowania: Świadczenia ogólnostomatologiczne w części I Jakość, Kategoria: Sprzęt i aparatura medyczna, pkt. 2.1, 2.2, 2.3 oraz 2.4 premiuje się oferenta, który posiada:

1. Endometr - w miejscu udzielania świadczeń;
2. Aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych - w miejscu udzielania świadczeń;
3. Cyfrowy aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych - w miejscu udzielania świadczeń;
4. Separator amalgamatu – w miejscu udzielania świadczeń.

Nie można więc uznać za prawdziwe stwierdzenie, że obowiązujące zasady kontraktowania nie biorą pod uwagę zasobów sprzętowych świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Odnosząc się do zabezpieczenia świadczeń na terenie Gorzowa Wlkp. Lubuski OW NFZ poinformował, że - w wyniku ostatnio rozstrzygniętych postępowań zostały zawarte umowy z kolejnymi świadczeniodawcami. Każdy z podmiotów posiadających zawartą umowę z NFZ jest zobowiązany do zapewnienia odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej, określonej w obowiązujących przepisach.

Wymogi w tym zakresie są weryfikowane podczas postępowań konkursowych czy aneksowania umów. Świadczeniodawcy, którzy posiadają umowę w rodzaju leczenie stomatologiczne wymieniają posiadany sprzęt na nowy, o czym świadczą przesyłane do Oddziału wnioski portalowe uwzględniające te zmiany.

6. Podczas przyznawania podwyżek nie ma rozróżnienia na podmioty medyczne zatrudniające kilku lekarzy i asystentki oraz lekarzy prowadzących indywidualne praktyki.

W kwestii dotyczącej gwarantowanych minimalnych poziomów wynagrodzeń zasadniczych należy skazać, że obszar ten reguluje ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych(Dz. U. z 2022 r. poz. 2139).

Zakresem podmiotowym ustawy objęci są pracownicy wykonujący zawód medyczny oraz pracownicy działalności podstawowej, inni niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w podmiotach leczniczych w ramach stosunku pracy.

Zgodnie z art. 2 pkt 2 ustawy p z dnia 8 czerwca 2017 r. pojęcie podmiot leczniczy zdefiniowano jako: podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15

kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. z dnia 7 kwietnia 2023 r. Dz.U. z 2023 r. poz. 991) W art. 4 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej określono zaś, że podmiotami leczniczymi są:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r.– Prawo przedsiębiorców (tj. z dnia 9 lutego 2024 r. Dz.U. z 2024 r. poz. 236) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;

2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;

3) jednostki budżetowe;

4) instytuty badawcze;

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5;

6)osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;

7) jednostki wojskowe

- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Powyższe oznacza, że przepisami ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. nie są objęte indywidualne i grupowe praktyki lekarskie, w tym ogólnodentystyczne i specjalistyczne praktyki lekarskie.

7. Sprzeciwiamy się pomysłowi bonów stomatologicznych. Po zniesieniu limitów dla pracujących w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia nie będzie problemu z przyjmowaniem pacjentów. Ludzie mają poczucie, że ten pomysł wspiera lobby reprezentujące, z przykrością muszę to stwierdzić, gabinety prywatne.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace analityczne, ukierunkowane na zagwarantowanie szerokiego dostępu do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Rozważane są różne scenariusze, komplementarne do istniejącego systemu i umożliwiające korzystanie z bezpłatnych świadczeń niezależnie od miejsca zamieszkania i możliwości lokalnego transportu. Dodatkowo pod uwagę brane są kampanie ukierunkowane na podkreślenie znaczenia stomatologii dla prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży.

Działania w tym obszarze wymagają szerokiego i kompleksowego podejścia. Warto zaznaczyć, że kierunkowe działania i decyzje, dotyczące między innymi zmian w opiece stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą będą podejmowane sukcesywnie w ramach wspólnego dialogu na rzecz ochrony zdrowia.

8. Jest sprawa powrotu do dopłat za wypełnienie światłoutwardzalne. Do nas przychodzą ludzie biedniejsi, np. nauczyciele, urzędnicy, pracownicy sklepów. Dla nich byłaby to duża ulga, a Narodowy Fundusz Zdrowia nie poniósłby dodatkowych kosztów.

Należy wskazać, że warunki udzielania, zakres, oraz zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa ustawa o świadczeniach oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze. Zgodnie z art.15 ust. 2 ustawy o świadczeniach świadczeniobiorcy (pacjentowi) przysługują świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu leczenia stomatologicznego. Wykazy oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego w ramach środków publicznych (w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia) zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Zarówno ww. ustawa, jak i wskazane rozporządzenie, nie przewidują możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego w innym standardzie za odpowiednią dopłatą. Zauważyć należy, iż art. 68 ust. 2 Konstytucji nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe wyklucza możliwość wprowadzenia dopłat do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wyraźnie potwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 czerwca 2005 roku. (III CK 626/04, LEX: 159075). W ocenie sądu: „zastrzeżenie niezależnie od ich sytuacji materialnej wyklucza stosowanie praktyk dokupowania przez ubezpieczonych lepszych lub przynajmniej kosztowniejszych procedur w placówkach finansowanych przez organizatora publicznej opieki zdrowotnej".

W związku z powyższym, pragnę poinformować, iż obowiązujące akty prawne nie przewidują możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w innym standardzie za odpowiednia dopłatą. Informuję także, że nie planuje się zmian legislacyjnych w ww. zakresie.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/