



Minister Zdrowia

Warszawa, 2014 -12- 19

MZ-UZ-ZR-070-37/WS/14	
BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA	
Wpłynęło:	23 GRU. 2014 ----- 12:00
Znak:	

Pani
Krystyna Barbara Kozłowska
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowne Panie Minister!

W odpowiedzi na Pani pismo z dnia 26 listopada 2014 r. (znak: RzPP-RPzPP. 41.24.2014.BW), w sprawie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej – t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych do niej. Zgodnie z art. 97 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do podstawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy zarządzanie środkami finansowymi pochodzącymi m.in. ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także określenie jakości, dostępności oraz przeprowadzenie analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu w trybie konkursu ofert bądź rokowań, na zasadach określonych w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Mając na uwadze powyższe, należy wskazać, iż zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych



z podmiotem, którego oferta zapewni ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz zapewni najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu postępowania. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktując świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej ograniczony jest wysokością przychodów pochodzących z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz potencjałem wykonawczym świadczeniodawców, gotowych do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz zarządzeń Prezesa NFZ. W związku z narastaniem niekorzystnych tendencji w zakresie pogarszającej się dostępności do świadczeń zdrowotnych, Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2011-2014 zwiększał sukcesywnie zarówno nakłady finansowe, jak również liczbę zakontraktowanych podmiotów leczniczych (zał. nr 1). Jednocześnie należy zauważyć, iż wzrost nakładów finansowych na rehabilitację leczniczą nie zrównoważył wzrastającego popytu na przedmiotowe świadczenia zdrowotne (zał. nr. 2 obrazuje wzrost liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2011-2014).

W związku z licznymi nieprawidłowościami w zakresie poprawności prowadzenia list oczekujących, które mają bezpośredni związek z wydłużeniem czasu oczekiwania pacjentów na realizację świadczeń, Minister Zdrowia zaproponował, przyjęte przez Sejm RP w ustawie z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138), nowe narzędzia umożliwiające skuteczny monitoring list oczekujących. Poszerzony zakres przekazywanych przez świadczeniodawców danych pozwoli Narodowemu Funduszowi Zdrowia oraz Ministrowi Zdrowia m.in. na prowadzenie pogłębionych analiz w zakresie czasów oczekiwania i zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej, a w perspektywie długoterminowej na podejmowanie działań mających na celu przeciwdziałanie ograniczeniom w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych obszarach kraju. Przyjęte rozwiązania mają na celu m.in. wyeliminowanie przypadków wpisywania się przez świadczeniobiorców na więcej niż jedną listę oczekujących na świadczenie. W celu zapewnienia prawidłowości publikowanych danych, zostanie wprowadzony obowiązek świadczeniodawcy do przekazywania informacji, co najmniej raz w tygodniu, oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczeń. Informację tą właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia będzie publikował na swojej stronie internetowej, z zastrzeżeniem obowiązku jej aktualizacji co najmniej raz w tygodniu. Informacja ta będzie także udzielana za pośrednictwem bezpłatnej infolinii.

Odnosząc się do zagadnienia efektywności wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na rehabilitację leczniczą, uprzejmie wyjaśniam, iż wszystkie środki finansowe przeznaczone na realizację świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza są zgodne z planem finansowym na dany rok oraz planem zakupów przygotowywanym przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Należy podkreślić, iż plan zakupu sporządzany jest w ramach ustalonego planu finansowego, w oparciu o analizę epidemiologiczną, która uwzględnia zarówno dane zewnętrzne (GUS, PZH, wymogi określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych), jak i dane własne (realizację świadczeń w latach poprzednich, realizację priorytetów przyjętych w roku poprzednim, poziom kolejek w latach poprzednich, potencjał świadczeniodawców). Należy podkreślić, że poziom bezpieczeństwa zdrowotnego wyznacza zamknięta pula środków finansowych, jaką dysponuje NFZ. Tak więc ewentualne zmiany w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, podejmowane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, powinny uwzględniać zasadę zrównoważenia planu finansowego, w tym planu zakupów, w zakresie przychodów i kosztów. Poprawa efektywności wykorzystania funduszy przeznaczonych na realizację będzie możliwa w oparciu o standardy postępowania rehabilitacyjnego, które wyznaczą m.in. zasady kwalifikacji do rehabilitacji, optymalne metody oraz czas trwania usprawniania prowadzące do uzyskania efektów leczenia czyli poprawy funkcjonalności narządów pacjenta. Jednocześnie uprzejmie wyjaśniam, iż Minister Zdrowia wystosował pismo do Konsultantów Krajowych w dziedzinach rehabilitacji medycznej, fizjoterapii oraz do Prezesów Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji i Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, dotyczące propozycji rozważenia możliwości zainicjowania i podjęcia działań mających na celu wypracowanie standardów postępowania medycznego w zakresie rehabilitacji leczniczej. Stworzenie standardów postępowania rehabilitacyjnego, które wyznaczą m.in. zasady kwalifikacji do rehabilitacji, optymalne metody oraz czas trwania usprawniania, umożliwi stworzenie systemu efektywniejszego wykorzystania funduszy przeznaczonych na rehabilitację. Jednocześnie Minister Zdrowia, dostrzegając potrzebę lepszej koordynacji działań zmierzających do bardziej równomiernego zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych, na mocy uchwalonej przez Sejm RP w dniu 22 lipca 2014 r. (Dz. U. Dz.U.2014.1138) nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wprowadził nowy instrument prawny służący ocenie potrzeb zdrowotnych – mapy potrzeb zdrowotnych (regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolska Mapa Potrzeb Zdrowotnych). Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz regionalne mapy potrzeb zdrowotnych będą uwzględniane przy tworzeniu planu zakupów na

następny rok przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Ideą tych przepisów jest prognozowanie poziomu przyszłych potrzeb (mapy) oraz wskazanie, które z nich w pierwszej kolejności (priorytety) powinny być realizowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozwoli na zabezpieczenie w jak najszerszym stopniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na danym terenie.

Odnosząc się do problemu „*zróżnicowanej dostępności rehabilitacji w poszczególnych regionach kraju*” należy zauważyć, iż dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierając z oferentami umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzają uprzednio analizę: demograficzną populacji zamieszkującej teren województwa, potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, liczby świadczeniodawców z uwzględnieniem ich zasobów (personelu, potencjału dotyczącego posiadanego sprzętu, łóżek itp.). Ponadto, kierując się koniecznością zabezpieczenia świadczeniobiorcom jak najlepszego dostępu do świadczeń na danych obszarach oraz w zakresie niezbędnym do kontraktowania, brane są pod uwagę także dane dotyczące poziomu realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych, migracje ubezpieczonych czy liczba nowych oferentów. Jednocześnie plan zakupów tych świadczeń musi być zgodny z planem finansowym na dany rok kalendarzowy, który w szczególności określa m.in. możliwości finansowe Oddziału oraz sposób podziału przyznanych środków na poszczególne rodzaje, zakresy świadczeń i obszary kontraktowania. Wszystkie wymienione powyżej czynniki mają wpływ na określany przez oddziały wojewódzkie NFZ obszar kontraktowania - województwo, grupa powiatów, powiaty itp. Istotną kwestią jest liczba świadczeniodawców chętnych do zawarcia umowy z Funduszem w celu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku niektórych zakresów świadczeń, np. rehabilitacji wzroku oraz rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym, w wielu województwach brak jest oferentów zainteresowanych udzielaniem świadczeń, z powodu braku potencjału wykonawczego, w tym w związku z wymogami dotyczącymi miejsca udzielania świadczeń w wyrobiskach kopalnianych. W związku z powyższym, interpretując przywołane przez Najwyższą Izbę Kontroli wskaźniki dostępności do świadczeń, należy wziąć pod uwagę powyższe argumenty, które w kontekście niejednokrotnie historycznie ukształtowanego rozmieszczenia świadczeniodawców oraz dynamicznie zmieniającej się struktury i liczby ubezpieczonych, mogą różnić się na niektórych obszarach kontraktowania.

Odnosząc się do problemu uregulowania zawodu fizjoterapeuty, uprzejmie wyjaśniam, iż w Ministerstwie Zdrowia odbyło się wiele spotkań z przedstawicielami środowiska

fizjoterapeutów, m.in. z przedstawicielami Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii i Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska, i podjęto prace w celu wypracowania merytorycznych rozwiązań w zakresie propozycji uregulowań prawnych dotyczących zawodu fizjoterapeuty. W wyniku podjętych prac przygotowany został projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, którego celem jest uregulowanie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz ustalenie kompetencji zawodowych w zależności od poziomu wykształcenia, jak również składania Fizjoterapeutycznego Egzaminu Państwowego oraz Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Fizjoterapeutów. Ponadto przedmiotowy projekt ustawy reguluje kształcenie w zakresie fizjoterapii, zarówno przeddyplomowe jak i podyplomowe, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz zasady odpowiedzialności zawodowej. W celu przyśpieszenia prac nad ww. ustawą Minister Zdrowia zwrócił się do Pana Jacka Cichockiego – Członka Rady Ministrów, Przewodniczącego Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu, Szefa Kancelarii Rady Ministrów, z prośbą o wyrażenie zgody na opracowanie przez Ministra Zdrowia projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty bez uprzedniego przyjęcia przez Radę Ministrów założeń projektu ustawy, na podstawie § 6 ust. 1a i ust. 1b pkt 2 uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.) oraz umieszczenie projektu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty w wykazie prac legislacyjnych i pozalegisacyjnych Rady Ministrów, w części „projekty ustaw”. W załączeniu został także przekazany test regulacyjny do przedmiotowego projektu ustawy.

Ponadto informujemy, iż do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły także dwa projekty ustaw: poselski projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oraz projekt ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, który został złożony do Klubu Parlamentarnego Platformy Obywatelskiej. W związku z powyższym w dniu 20 listopada br. odbyło się w Ministerstwie Zdrowia spotkanie, w którym uczestniczyli: konsultant krajowy w dziedzinie fizjoterapii, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii oraz Stowarzyszenia Fizjoterapia Polska. Zgodnie z dyspozycją Pana Aleksandra Sopińskiego – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, osoby uczestniczące w spotkaniu zostały poproszone o analizę i ocenę przedmiotowych projektów ustaw i przekazanie opinii w ww. sprawie. Mając na uwadze powyższe, pragniemy podkreślić, iż Minister Zdrowia podejmował i nadal podejmuje działania mające na celu uregulowanie zasad wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Odnosząc się do zagadnienia podjęcia współpracy z instytucjami, takimi jak: Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwo Pracy i Polityki

Spółecznej, uprzejmie wyjaśniam, iż przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia uczestniczą w pracach zespołu roboczego, funkcjonującego w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w sprawie opracowania projektu budowy systemu kompleksowej rehabilitacji, zapobiegającego niezdolności do pracy w następstwie urazów i chorób ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji zawodowej, w tym przekwalifikowania zawodowego. Ww. Zespół składa się z przedstawicieli MZ, NFZ, ZUS, KRUS i MPiPS. Prace Zespołu odbywają się od 2012 r. w formule cyklicznych spotkań roboczych, podczas których dokonywana jest analiza istniejących rozwiązań na rzecz osób niepełnosprawnych, w tym służących poprawie efektywności funkcjonowania systemu rehabilitacji w Polsce.

z poważaniem
SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Neumann
Sławomir Neumann

Załącznik Nr 1. Liczba świadczeniodawców oraz liczba i wartość świadczeń udzielonych w poszczególnych zakresach rehabilitacji leczniczej w latach 2011-2014 (styczeń-sierpień) wg stanu na dzień 5-11-2014

Nazwa zakresu	Liczba świadczeniodawców				Liczba umów				Kwota zakresu AKTUALNA			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
FIZJOTERAPIA AMBULATORYJNA	2 304	2 326	2 328	2 421	2 362	2 483	2 626	3 373	750 862 989	792 212 478	808 379 860	795 424 122
FIZJOTERAPIA DOMOWA	37	44	41	50	37	45	42	68	10 191 128	11 018 684	12 038 463	11 602 267
LECZENIE DZIECI ZE ŚPIĄCZKĄ			1	1			1	1			1 200 000	3 041 280
LEKARSKA AMBULATORYJNA OPIEKA REHABILITACYJNA	1 374	1 305	1 293	1 316	1 403	1 377	1 561	1 740	60 464 069	62 460 071	62 964 159	63 398 866
REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	181	186	186	193	236	220	234	264	232 722 826	268 417 376	283 505 843	284 492 810
REHABILITACJA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU SŁUCHU I MOWY	44	52	49	49	47	59	53	71	9 293 438	10 721 971	11 773 545	11 625 715
REHABILITACJA DZIECI Z ZABURZENIAMI WIEKU ROZWOJOWEGO W OŚRODKU/ODDZIALE DZIENNYM	237	252	256	270	245	292	307	390	127 817 918	141 453 893	144 228 254	143 197 178
REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W OŚRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM	44	46	51	62	45	51	64	83	5 766 390	7 406 799	8 703 149	10 542 486
REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W WARUNKACH STACJONARNYCH	52	57	57	66	64	73	73	89	83 904 803	96 145 941	109 548 830	111 402 705

REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W OŚRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM	374	411	441	482	393	465	502	592	168 951 806	184 798 821	199 945 982	194 821 012
REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	306	302	302	304	330	342	351	420	386 684 719	402 354 935	410 016 380	406 027 939
REHABILITACJA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU	6	8	10	13	7	9	11	16	1 034 845	1 403 275	1 566 716	1 887 926
REHABILITACJA PULMONOLOGICZNA W WARUNKACH STACJONARNYCH	23	24	27	28	26	29	33	40	20 971 641	22 010 374	21 659 698	23 107 965
REHABILITACJA PULMONOLOGICZNA Z WYKORZYSTANIEM METOD SUBTERRANEOTERAPII W OŚRODKU/ ODDZIALE DZIENNYM	2	2	2	2	2	4	4	2	2 163 240	2 302 128	2 491 976	2 274 767
Suma końcowa	4 985	5 015	5 044	5 257	5 198	5 449	5 862	7 149	1 860 829 812	2 002 706 746	2 078 022 854	2 062 847 038

Załącznik Nr 2. Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2011-2014 w podziale na OW NFZ (wg stanu na dzień 10-11-2014)

OW NFZ rozliczający	Liczba pacjentów			
	2011	2012	2013	2014*
01 - DOLNOŚLĄSKI	215 315	211 753	218 221	192 636
02 - KUJAWSKO-POMORSKI	174 318	181 877	188 770	168 276
03 - LUBELSKI	165 932	174 042	180 410	157 290
04 - LUBUSKI	80 989	80 742	83 414	72 322
05 - ŁÓDZKI	219 514	227 977	232 122	210 308
06 - MAŁOPOLSKI	279 419	289 561	295 522	262 508
07 - MAZOWIECKI	500 531	505 480	514 296	458 387
08 - OPOLSKI	74 607	74 253	76 446	67 133
09 - PODKARPACKI	215 910	221 427	223 981	201 187
10 - PODLASKI	76 397	74 833	81 392	75 899
11 - POMORSKI	186 059	193 484	202 428	182 022
12 - ŚLĄSKI	335 973	338 627	342 976	313 248
13 - ŚWIĘTOKRZYSKI	94 757	106 095	111 407	96 359
14 - WARMIŃSKO-MAZURSKI	99 103	107 978	111 170	97 008
15 - WIELKOPOLSKI	218 551	227 300	228 704	197 687
16 - ZACHODNIOPOMORSKI	119 188	118 067	120 183	102 150
Suma końcowa	3 056 563	3 133 496	3 211 442	2 854 420

* obejmuje okres styczeń - lipiec 2014 r.

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament Ubezpieczenia
Zdrowotnego
00-052 Warszawa, ul. Miodowa 15

MZ-UZ-ZR-070-37/WS/14



83566 2014-12-22 00

Rzecznik Praw Pacjenta
Młynarska 46
01-171 Warszawa

2014-12-22

83530