



DLG.050.57.2024.WS  
Warszawa, 18 października 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację (nr 4593), Pani Danuty Jazłowieckiej - Posła na Sejm RP, z dnia 9 października 2024 r. „w sprawie projektu zarządzenia prezesa NFZ z dnia 12 lipca 2024 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień. Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 146), monitorowanie oraz ocena jakości i dostępności, a także analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do podstawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. W dniu 23 września 2024 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał zmianę zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Wprowadzane na mocy ww. zarządzenia zmiany dotyczą m.in. uregulowania czasu pracy personelu dedykowanego do realizacji świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej w odniesieniu do wymiaru czasu pracy personelu udzielającego świadczeń w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, a także zniesienia możliwości realizacji fizjoterapii domowej w ramach zawartych umów na fizjoterapię ambulatoryjną od 1 lipca 2025 r. Przeprowadzona analiza w zakresie dostępności do świadczeń wykazała, że, świadczeniodawcy, którzy pomimo zawartej umowy na fizjoterapię domową, udzielali dotychczas świadczeń w warunkach domowych w ramach umowy na fizjoterapię ambulatoryjną, będą mogli kontynuować usprawnianie pacjentów i rozliczać zrealizowane im świadczenia we właściwym zakresie. Ponadto realizatorzy umów w zakresie fizjoterapii domowej zadeklarowali objęcie opieką pacjentów potrzebujących kontynuacji świadczeń rehabilitacji domowej. Jednocześnie płatnik zadeklarował prowadzenie stałego monitoringu dostępności do przedmiotowych świadczeń i w przypadku ujawnienia ich deficytu, będą podejmowane decyzje o przeprowadzeniu uzupełniających postępowań konkursowych.

W celu zagwarantowania ciągłości świadczeń fizjoterapii domowej świadczeniodawcy zostali zobowiązani do poinformowania świadczeniobiorców, którzy będą w trakcie leczenia rehabilitacyjnego, o możliwości kontynuowania rozpoczętej formy usprawniania w tym samym podmiocie. W przypadku braku takiej możliwości powinni oni umożliwić świadczeniobiorcy uzyskanie skierowania na kontynuację rehabilitacji u innego świadczeniodawcy.

Jednocześnie biorąc pod uwagę, że świadczeniobiorcy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej przysługuje 80 dni rehabilitacji w warunkach domowych w roku kalendarzowym, proces reorganizacji zawartych umów ze świadczeniodawcami w odniesieniu do rozpoczętej realizacji świadczeń dla tej grupy odbiorców nie powinien pozbawić pacjentów możliwości

ukończenia rozpoczętego cyklu terapeutycznego. Termin wejścia w życie przepisów zarządzenia pozwoli na przeprowadzenie reorganizacji sposobu udzielania świadczeń przez świadczeniodawców w celu zabezpieczenia potrzeb świadczeniobiorców.

Finasowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie planu rzeczowo-finansowego, który opracowywany jest według jednolitych zasad dla wszystkich podmiotów leczniczych, z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, wojewódzkiego planu transformacji, potencjału wykonawczego podmiotów leczniczych oraz środków zapisanych w planie finansowym Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy zaznaczyć, że płatnik jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Z uwagi na przepisy regulujące gospodarkę finansową płatnika, które zobowiązują go do prowadzenia zrównoważonego budżetu w zakresie przychodów i kosztów, nie jest możliwe finasowanie wszystkich świadczeń zrealizowanych ponad limit zobowiązania określony w umowie. Powyższe nie ma zastosowania do świadczeń nielimitowanych.

Ponadto pragnę zapewnić Panią Poseł, że Ministerstwo Zdrowia w ramach pełnionego nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia stale analizuje decyzję płatnika również w oparciu o przekazane opinie wszystkich interesariuszy publicznego systemu ochrony zdrowia.

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