



Minister Zdrowia

DLG.050.131.2024.AK
Warszawa, 29 stycznia 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację nr 6859 Pana Posła Krzysztofa Piątkowskiego i Pani Poseł Ewy Kołodziej, w sprawie dostępności do opieki długoterminowej w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Czy Ministerstwo Zdrowia dostrzega nierówności w liczbie łóżek opieki długoterminowej (ZOL, ZPO) oraz paliatywnej (oddziały medycyny paliatywnej, hospicja stacjonarne) w różnych województwach?

Dane dotyczące szacunkowej liczby łóżek w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: świadczenia w ZOL/ZPO oraz w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym, w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach, zostały przedstawione w informacji Ministra Zdrowia przygotowanej na posiedzenie Podkomisji stałej ds. zdrowia osób starszych Sejmu RP, które odbyło się w dniu 4 grudnia 2024 r., niemniej jednak informuję, iż średnia dla kraju w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców wynosi 68 łóżek w zakresie: świadczenia w ZOL/ZPO i 10 łóżek w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym.

2. Jakie działania podjęto lub planuje się podjąć, aby wyrównać te różnice i zapewnić obywatelom równy dostęp do tych usług, niezależnie od miejsca zamieszkania?

NFZ monitoruje realizację świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz podejmuje działania mające na celu rozwój i zwiększanie dostępności do świadczeń. W tym celu z roku na rok zwiększane są środki w planie finansowym NFZ przeznaczone na zakup i realizację przedmiotowych świadczeń, co obrazuje poniższa tabela:

Pozycja planu	Wyszczególnienie	2022 r.	2023 r.	2024 r.
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	2 851 242 000 zł	3 558 497 000 zł	3 965 340 000 zł
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	1 166 852 000 zł	1 634 519 000 zł	1 957 666 000 zł

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są zawierane przez NFZ w oparciu o plan zakupu świadczeń. Zasady tworzenia planu zakupu świadczeń określają przepisy art. 131b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.). Prezes Funduszu sporządza projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów

świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy plan transformacji i wojewódzki plan transformacji. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej składa się z: 1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem; 2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń. Obszary kontraktowania wybierane są w oparciu o plany uwzględniające potrzeby zdrowotne społeczeństwa na obszarze danego województwa, konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń, posiadane środki finansowe oraz dostępny potencjał świadczeniodawców. Dodać należy, że zagadnienie potencjału świadczeniodawców, czyli decyzje o tworzeniu nowych komórek organizacyjnych w podmiotach leczniczych bądź zwiększaniu liczby łóżek, leży w gestii organów tworzących tych podmiotów.

3. Czy istnieje strategia zwiększenia liczby łóżek w województwach, w których ich dostępność jest znacznie poniżej średniej krajowej? Jeśli tak, proszę o szczegóły.

4. Jakie mechanizmy koordynacji i wsparcia finansowego są wdrażane lub planowane, aby umożliwić samorządom lokalnym zwiększenie dostępności opieki długoterminowej i paliatywnej?

W celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, Minister Zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych. Ponadto, Minister Zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje krajowy plan transformacji, uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Natomiast wojewódzki plan transformacji ustala wojewoda. W aktualizacji Krajowego Planu Transformacji, ogłoszonej w dniu 31 grudnia 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2024 r. poz. 146), zostały wskazane najważniejsze potrzeby zdrowotne i wyzwania w obszarach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dla obu ww. obszarów określono działania z przypisaniem podmiotu odpowiedzialnego, harmonogramu i wskaźników realizacji.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w latach 2022-2023 zostały zrealizowane dwa kamienie milowe (D1L oraz D2L) w ramach reformy D4.1 (poprzednio D1.2) Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności: „Zwiększenie efektywności, dostępności i jakości usług opieki długoterminowej świadczeniodawców opieki zdrowotnej na poziomie powiatowym”. Zakres inwestycji D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym” obejmuje wykonanie niezbędnych prac budowlanych lub remontowych lub zakup sprzętu dla szpitali powiatowych, celem tworzenia miejsc opieki długoterminowej i geriatrycznej w ramach procesów przekształcenia łóżek szpitalnych. Pula środków w ramach naboru mającego zwiększyć dostępność do opieki długoterminowej i geriatrycznej wynosi 1 295 340 000 zł. Ponadto, w ramach środków pochodzących z Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych wyodrębnionego z Funduszu Medycznego planowane jest wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych m. in. w zakresie opieki długoterminowej oraz w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych.

5. Czy Ministerstwo Zdrowia przewiduje wprowadzenie krajowych standardów dotyczących minimalnej liczby łóżek opieki długoterminowej i paliatywnej na 100 tys. mieszkańców?

Narodowy Fundusz Zdrowia monitoruje liczbę łóżek w opiece paliatywnej i hospicyjnej zgodnie z zaleceniami European Association for Palliative Care, tj. 80-100 łóżek na 1 milion mieszkańców województwa. W przypadku znacznego przekroczenia wskaźnika, Centrala NFZ informuje Oddział Wojewódzki NFZ o potrzebie rozważenia większego rozwoju opieki

domowej, natomiast w przypadku wskaźnika łóżek niższego od 80 na 1 milion mieszkańców wskazuje na potrzebę uwzględnienia w planie zakupu świadczeń zwiększenia liczby zakontraktowanych świadczeń w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej. Wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. mieszkańców może być traktowany pomocniczo przy planowaniu zakupu świadczeń, natomiast z uwagi na wiele zmiennych wpływających na potrzebę zabezpieczenia obszaru kontraktowania nie może być decydujący. Przyjęcie matematycznego wskaźnika liczby łóżek / x mieszkańców w celu planowania zabezpieczenia świadczeń bez uwzględniania innych zmiennych w tym m.in. stopnia realizacji umów, może spowodować zablokowanie części środków finansowych i nieefektywne gospodarowanie środkami finansowymi.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że trwają prace Międzyresortowego Zespołu ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Podczas planowania reformy opieki długoterminowej w Polsce zwraca się przede wszystkim uwagę na poprawę dostępności świadczeń i usług, a także ich koordynację pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej i w ramach każdego z tych systemów.

6. Czy Ministerstwo analizowało wpływ nierówności w dostępie do opieki długoterminowej i paliatywnej na jakość życia pacjentów i ich rodzin? Jeśli tak, jakie wnioski wynikają z tych analiz?

W ramach badania opinii publicznej na potrzeby „Przeglądu strategicznego systemu opieki długoterminowej w Polsce”, przygotowanego przez Bank Światowy w ramach kamienia milowego A69G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, nie uwzględniono analizy przedmiotowej zależności. Zgodnie z założeniami i dokumentami programowymi, analiza systemu opieki długoterminowej w Polsce obejmowała zbadanie możliwych sposobów: integracji opieki długoterminowej w zakresie usług zdrowotnych i społecznych, przyspieszenia deinstytucjonalizacji tych usług, zmniejszenia rozdrobnienia świadczenia opieki, przeglądu świadczeń opiekuńczych umożliwiających podjęcie zatrudnienia, stworzenia stabilnego systemu finansowania usług opieki długoterminowej, wprowadzenia ram jakości dla usług opieki długoterminowej. Rekomendowane rozwiązania zostały opublikowane w raporcie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>. Natomiast w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, w celu zwiększenia dostępności do świadczeń, od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity, dzięki czemu świadczeniodawcy mają gwarancję otrzymania środków za zrealizowane świadczenia i mogą w pełni wykorzystać potencjał kadrowy i sprzętowy do ich realizacji.

7. Czy w Ministerstwie Zdrowia planowane są zmiany w polityce kontraktowania świadczeń przez NFZ, które miałyby na celu wyrównanie dostępności tych usług w skali kraju?

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia nie planuje zmian przepisów w obszarze kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podkreślić należy, iż obecnie obowiązujące przepisy, określające m.in. zasady tworzenia planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, pozwalają dostosować strukturę świadczeń do potrzeb zdrowotnych mieszkańców na danym terenie. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze przez podmioty, które będą w stanie zapewnić opiekę na możliwie najlepszym poziomie biorąc pod uwagę kryterium: jakości, dostępności, kompleksowości, ciągłości oraz ceny. W ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej proces zawierania umów w oparciu o tryb konkursowy jest dominujący (poza pewnymi wyjątkami, np. POZ, sieć szpitali) i zmiana przepisów w przedmiotowym zakresie nie jest zasadna.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Jerzy Szafranowicz

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/