



# Minister Zdrowia

ASW.050.1.2024.MF  
Warszawa, 29 marca 2024

Pani  
Małgorzata Kidawa – Błońska  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

w związku z wpływem oświadczenia złożonego przez senatora Piotra Maślowskiego na 7. posiedzeniu Senatu w dniu 6 marca 2024 r. w sprawie inwestycji pn. „*Rozbudowa i przebudowa budynków Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach*”, uprzejmie proszę o przyjęcie odpowiedzi na poniższe pytania.

**1. Czy możliwe jest odblokowanie systemu IOWISZ i umożliwienie złożenia wniosku dotyczącego wspomnianej inwestycji?**

Aktualnie obowiązujące przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), dalej „ustawa o świadczeniach”, uniemożliwiają złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji (OCI), dla inwestycji będących w trakcie realizacji i są zgodne z założeniami ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2345).

Wobec powyższego obecne brzmienie przepisów dotyczących obowiązku uzyskiwania OCI uniemożliwia odblokowanie systemu IOWISZ celem złożenia wniosku dla przedmiotowej inwestycji.

Zgodnie z art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach, podmioty, o których mowa w art. 95e ust. 1 tej ustawy, występują z wnioskiem do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia o wydanie OCI dla inwestycji:

- 1) polegającej na utworzeniu na obszarze województwa:
  - a) nowego podmiotu leczniczego,
  - b) nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego,
- 2) innej niż inwestycja określona w pkt 1, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

- której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekracza 2 mln zł.

Sposób sformułowania ww. przepisu nie pozwala przyjąć innej jego interpretacji niż taka, zgodnie z którą na mocy art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach, dla inwestycji określonych w tym przepisie, istnieje konieczność wystąpienia do właściwego podmiotu z wnioskiem o wydanie OCI przed rozpoczęciem realizacji danej inwestycji. Wymóg uzyskania OCI materializuje się jeszcze na etapie poprzedzającym rozpoczęcie inwestycji, na co jednoznacznie wskazują następujące regulacje ustawy o świadczeniach, a także uzasadnienie ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która wprowadziła obecne brzmienie przepisów regulujących obowiązek uzyskiwania OCI:

- 1) w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach wskazuje się, że OCI ma na celu ocenę „celowości” inwestycji, tj. „przydatności do jakichś potrzeb” (patrz słownik PWN), a tego typu ocena może następować najpóźniej na etapie planowania danego przedsięwzięcia, a więc przed rozpoczęciem jego realizacji;
- 2) w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach przesądza się, że w celu ustalenia, czy dana inwestycja wymaga OCI bierze się pod uwagę wartość kosztorysową inwestycji, która jest szacunkowym, planowanym, całkowitym kosztem inwestycji;
- 3) art. 95e ust. 3 pkt 7 ustawy o świadczeniach, w którym jako obligatoryjny element wniosku o wydanie OCI wskazano planowany termin rozpoczęcia realizacji inwestycji;
- 4) art. 139a ustawy o świadczeniach, w którym wyraźnie mowa jest o zrealizowaniu inwestycji „na podstawie” pozytywnej OCI;
- 5) uzasadnienie ww. ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r., w którym wskazuje się, że OCI ma stanowić potwierdzenie zasadności realizacji inwestycji i skuteczne narzędzie do podejmowania decyzji dotyczących ich finansowania, a także zwiększyć efektywność inwestowania środków własnych przez uzyskanie zewnętrznej oceny celowości prowadzonych działań, pozwalając generować konkurencję pomiędzy podmiotami leczniczymi na poziomie np. jakości i kompleksowości udzielanych świadczeń.

Należy mieć na uwadze, że podstawowym celem zmian ustawy o świadczeniach w zakresie IOWISZ, zgodnie z treścią uzasadnienia do ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, była „eliminacja zjawiska nadpodaży usług medycznych, a także dostosowanie inwestycji w sektorze zdrowia do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa oraz umożliwienie świadczeniodawcy perspektywicznego rozwoju zgodnego z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi”. Trudno oczekiwać, aby powyższe cele mogły mieć szanse na urzeczywistnienie, w przypadku, gdyby celowość inwestycji oceniano w trakcie realizacji bądź już po jej zrealizowaniu.

## **2. Czy Ministerstwo Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia finansowania dziennej opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach świadczeń gwarantowanych?**

W dniu 29 lipca 2022 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia został powołany Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. Min. Zdr. 2022.81). Zakończenie prac Zespołu przewidziane jest na 31 marca br., a w ich efekcie powstaje projekt długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Członkowie Zespołu w propozycji projektu rozporządzenia uwzględnili możliwość realizacji świadczeń gwarantowanych m.in. w dziennym oddziale opieki paliatywnej. Należy jednak mieć na uwadze, że propozycje zawarte w obecnej wersji projektu rozporządzenia będą poddane m.in. opiniowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, a w dalszej kolejności, już na etapie procesu legislacji, również konsultacjom publicznym.

## **3. Czy ze względu na specyfikę oraz szczególny rodzaj świadczeń (świadczeń u kresu życia) istnieje możliwość zwolnienia z konieczności przystępowania do konkursów dużych ośrodków świadczących kompleksowe usługi w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna? Obecnie ośrodki te są zobligowane do przystępowania do konkursów na kontrakty co 5 lat.**

Obecnie nie są prowadzone prace w zakresie wyłączenia przepisów dotyczących konkursów ofert do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Na lokalnym rynku kontraktowania usług medycznych może występować większa liczba podmiotów

lecniczych świadczących dany rodzaj świadczeń, zatem zasadne jest funkcjonowanie regulacji pozwalających na wybór najlepszej z nich. Określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 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.) kryterium ciągłości udzielanych świadczeń, gwarantuje organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że zabezpieczenie świadczeń odbywa się w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresie zapewnienia adekwatnego do potrzeb lokalnej społeczności dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej podmiotami odpowiedzialnymi poza Narodowym Funduszem Zdrowia, są również jednostki samorządu terytorialnego, w szczególności podmioty tworzące, podmioty lecznicze, Wojewoda. 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 i wojewódzki plan transformacji. Projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa jest opiniowany przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem transformacji. Jak wynika z wojewódzkiego planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022-2026 określonego w obwieszczeniu Wojewody Śląskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia planu transformacji dla województwa śląskiego na lata 2022- 2026, w ramach zwiększenia dostępności do świadczeń przewiduje się m.in. utworzenie oddziałów w powiatach:

- m. Bytom - Oddział Medycyny Paliatywnej (30 łóżek),
- powiat bielski (wzmocnienie opieki paliatywnej - utworzenie 10 łóżek, zwiększenie liczby świadczeń realizowanych przez Zespół Domowej Opieki Paliatywnej - hospicjum domowe). Zwiększanie dostępności do świadczeń stacjonarnej opieki hospicyjnej i paliatywnej -rozwój form opieki domowej w podregionach o najniższym zabezpieczeniu tych świadczeń tj. podregionie bielskim (obejmującym powiaty: bielski, cieszyński, żywiecki i miasto Bielsko Biąta), tyskim (obejmującym powiaty mikołowski, pszczyński, bieruńsko-lędziński i miasto Tychy) oraz rybnickim (obejmującym powiaty: raciborski, rybnicki wodzisławski i miasta: Jastrzębie Zdrój, Rybnik, Żory).

Powyższe działania wymagają koordynacji na obszarze województwa i uwzględniają potrzeby zdrowotne mieszkańców wynikające z zachodzących procesów demograficznych i epidemiologicznych.

Ponadto należy wskazać, że podejmowane są działania mające przyczynić się do zwiększenia dostępu do świadczeń dla terminalnie chorych pacjentów. W związku z powyższym, w dniu 20 marca 2024 r. opublikowano projekt zarządzenia Prezesa NFZ, dzięki któremu limity finansowania nie będą już obowiązywały w oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach stacjonarnych i domowych oraz poradniach medycyny paliatywnej. W połączeniu z nielimitowym finansowaniem świadczeń dla dzieci i młodzieży, w praktyce oznacza to, że NFZ zapłaci za każdego pacjenta, który jest objęty publiczną opieką paliatywną i hospicyjną.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Marek Kos  
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/