



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu
Waldemar Kraska

DLR.7003.33.2022.AK
Warszawa, 02 stycznia 2023

Pan
Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, znak: V.7010.162.2022.ETP, w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Prowadzenie list oczekujących

Świadczeniobiorcy otrzymują gwarantowane świadczenia zdrowotne, w tym opiekę paliatywną i hospicyjną, według kolejności zgłoszeń i zgodnie z kryteriami medycznymi. Z danych sprawozdawczych NFZ z zakresu list oczekujących (stan na dzień 31.08.2022 r.) wynika, że średni rzeczywisty czas oczekiwania na terenie kraju:

- do hospicjum domowego – wynosił 3 dni dla kategorii medycznej „przypadek pilny” i 6 dni dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”,
- do hospicjum domowego dla dzieci – wynosił 0 dni dla kategorii medycznej „przypadek pilny” i 1 dzień dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”,
- do hospicjum stacjonarnego, do oddziału medycyny paliatywnej i do poradni medycyny paliatywnej – wynosił 1 dzień dla kategorii medycznej „przypadek pilny” i 3 dni dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Narodowy Fundusz Zdrowia ma narzędzia do monitorowania list oczekujących do hospicjów stacjonarnych i domowych, gdyż dysponuje najważniejszymi danymi charakteryzującymi dostępność do świadczeń, tj. liczbą osób oczekujących na udzielenie świadczenia, danymi każdej oczekującej osoby (imieniem i nazwiskiem oraz numerem PESEL) ze wskazaniem, czy jest ona zakwalifikowana do kategorii medycznej „przypadek pilny” czy kategorii medycznej „przypadek stabilny” oraz średnim rzeczywistym czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia u każdego świadczeniodawcy. Obowiązek przekazywania tych informacji wynika z art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.), a hospicja stacjonarne i domowe nie zostały zwolnione z tego obowiązku.

W kwestii braku danych w zakresie pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie wyjaśniam, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (z wyłączeniem świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej) nie mają obowiązku wskazania planowanego terminu udzielania świadczenia przy dokonywaniu wpisu na listę oczekujących. W przypadku tych świadczeń większość pacjentów objętych jest opieką aż do śmierci, co uniemożliwia wskazanie nawet przybliżonego terminu przyjęcia następnego pacjenta. W konsekwencji, świadczeniodawcy realizujący świadczenia z tych zakresów zostali także zwolnieni z obowiązku przekazywania informacji dotyczącej pierwszych wolnych terminów udzielania świadczeń, gdyż byłyby to terminy niewiarygodne i nieodzwierciedlające rzeczywistej sytuacji (art. 23 ust. 4 ww. ustawy o świadczeniach). W związku powyższym, pacjent może podjąć decyzję o wyborze świadczeniodawcy na podstawie publikowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie internetowej informacji o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania.

2. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Odnosząc się do problemu niewystarczającego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, że gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowy te określają m. in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy. Wartość zakontraktowanych w danym roku świadczeń zdrowotnych zdeterminowana jest wysokością środków finansowych zapisanych w planach oddziałów wojewódzkich Funduszu. Jednocześnie uprzejmie informuję, że nakłady na koszty świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna systematycznie rosną w latach 2019-2022, z kwoty 813 352 tys. zł w 2019 roku do kwoty 1 150 493 tys. zł w 2022 r. (plan wg stanu na dzień 24.10.2022 r.) i są wyższe o kwotę 337 141 tys. zł, tj. o 41,45%.

Podkreślić należy, iż od 1 stycznia 2021 r. w związku z ustawą z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875), „bezlimitowo” finansowane są świadczenia udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż., w tym świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Działania podjęte w celu zwiększenia finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- W czerwcu 2022 r. Minister Zdrowia zlecił Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonanie analizy oraz przygotowanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą 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. z 2022 r. poz. 1352), a następnie zatwierdził rekomendację nr 65/2022 Prezesa AOTMiT w sprawie wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w wariantie drugim. W przyjętym wariantcie zarekomendowano dla każdej z grup zakresów ustalenie ceny jednostki rozliczeniowej co najmniej na poziomie szóstego decylnego rozkładu cen jednostek rozliczeniowych jako minimalną wartość odzwierciedlającą poziom

kosztów realizacji świadczeń o zapewnionym określonym stopniu jakości, przy uwzględnieniu minimalnego wynagrodzenia, a następnie zwiększenie uzyskanej w ten sposób ceny jednostki rozliczeniowej zgodnie z tabelą nr 2 rekomendacji. W przypadku świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wartość 6 decyła ukształtowała się na poziomie 63,47, a kwota wzrostu wartości punktu w grupie zakresów po 6 decyłu w zł wyniosła 13,49. Na ww. cel została uruchomiona kwota 6,5 mld zł (zmiana planu finansowego NFZ na 2022 r. zatwierdzona w dniu 14 lipca 2022 r.), w tym 95 864 tys. zł dla świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

- W grudniu 2022 r. z uwagi na liczne sygnały środowiska dotyczące niedofinansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, mogącego doprowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń, Minister Zdrowia zlecił Prezesowi AOTMiT dokonanie analizy kosztowej i oszacowanie niedofinansowania świadczeń, a także przygotowanie propozycji zwiększenia wycen poprzez zmianę ceny jednostki rozliczeniowej w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W odpowiedzi na wspomniane zlecenie, Prezes AOTMiT zarekomendował zwiększenie cen jednostek rozliczeniowych o 12%, z prognozowanym skutkiem finansowym tego rozwiązania szacowanym na około 146,5 mln zł. Pismem z dnia 23.12.2022 r. Minister Zdrowia zlecił Prezesowi NFZ zastosowanie powyższej rekomendacji.

Ponadto uprzejmie informuję, że świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały wpisane do planu taryfikacji na 2023 r. i w II połowie 2023 r. zostaną dokładnie przeanalizowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie szczegółowych danych pozyskanych od świadczeniodawców.

3. Kadry w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Odnosząc się do problemu braku lekarzy i pielęgniarek w opiece paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie informuję, że konieczność wzrostu liczby specjalistów (zapewnienie nowych kadr) z dziedziny medycyny paliatywnej jest aktualnie podyktowana stałym wzrostem zapotrzebowania na świadczenie lecznicze, rehabilitacyjne, pielęgnacyjne i opiekuńcze związane ze starzeniem się społeczeństwa i chorobami cywilizacyjnymi. Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających jednocześnie kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej nad grupą osób, która potrzebuje opieki paliatywnej.

W tym świetle wykształcenie odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów z dziedziny medycyny paliatywnej jest jednym z priorytetów resortu. W Polsce jest aktualnie 611 lekarzy posiadających specjalizację z medycyny paliatywnej (stan na październik 2022 r.). Z liczby tej 607 lekarzy wykonuje zawód (w tym należy wziąć pod uwagę fakt, iż lekarz może mieć kilka specjalizacji, a jako jedną z nich może być właśnie medycyna paliatywna).

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się stały wzrost liczby specjalistów w tej dziedzinie. Sytuację tą obrazuje poniższa tabela. W stosunku do roku 2010 liczba specjalistów posiadających specjalizację z medycyny paliatywnej i wykonujących zawód jako lekarz zwiększyła się z 212 osób do 607 osób (stanowi to wzrost o 395 osób).

Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji							
z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu							
STAN NA	Dziedzina specjalizacji	Liczba specjalistów		Liczba specjalistów I st.		Razem	
		Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód	Wszyscy	Wyk. Zawód
31.12.2010	Medycyna paliatywna	212	212	0	0	212	212
31.12.2015	Medycyna paliatywna	395	393	0	0	395	393
31.12.2020	Medycyna paliatywna	553	549	0	0	553	549
31.10.2022	Medycyna paliatywna	611	607	0	0	611	607

W trakcie szkolenia specjalizacyjnego z medycyny paliatywnej jest 120 osób (stan na 30 czerwca 2022 roku), z czego 118 osób realizuje szkolenie w trybie pozarezydenckim, a 2 w trybie rezydentury. Liczba zaś miejsc szkoleniowych w jednostkach uprawnionych zaś do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny paliatywnej wynosi aktualnie 220 miejsc (stan na dzień 14.12.2022 r.).

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania mające na celu wzmocnienie potencjału kadrowego w systemie ochrony zdrowia zarówno w specjalizacjach o największym deficycie kadrowym. Medycyna paliatywna znajduje się na liście priorytetowych dziedzin medycyny określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1156).

Główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydenckim (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydenckim, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2022 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (poz. 1579) wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego specjalizację z grupy specjalizacji priorytetowych wynosi od 1 lipca 2022 roku:

- w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w trybie rezydentury 7 076 zł (wzrost o 3 474 zł w stosunku do lipca 2016; stan na lipiec 2016: 3 602 zł),
- a po dwóch latach zatrudnienia w tym trybie 7 211 zł (wzrost o 3 321 zł w stosunku do lipca 2016; stan na lipiec 2016: 3 890 zł).

W celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lata w ciągu kolejnych pięciu lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto wśród działań należy wymienić: zwiększenie liczby osób podejmujących studia na kierunkach medycznych (w szczególności na kierunku lekarskim oraz kierunku pielęgniarstwo), stworzenie odpowiednich warunków do kształcenia i pozostawiania kadry lekarskiej w kraju, zwiększenie możliwości kształcenia studentów w zawodach medycznych poprzez wdrożenie programów rozwojowych zindywidualizowanych do potrzeb danej

uczelni w zakresie zasobów dydaktycznych i naukowych, wsparcia bazy klinicznej oraz kompleksowego zwiększenia możliwości uczelni do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w tym w formie zdalnej.

Stworzeniu odpowiednich warunków do kształcenia i pozostawania kadry lekarskiej w kraju służy wdrożona już nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2022 r. poz. 1731). Ustawa zakłada między innymi poprawę warunków kształcenia lekarzy i lekarzy dentystry oraz zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w systemie ochrony zdrowia oraz wprowadza tzw. „szybką ścieżkę” potwierdzania kwalifikacji zawodowych przez lekarza i lekarza-dentystę wykształconych w Polsce. Ponadto nowelizacja ustawy wprowadza centralny nabór na specjalizacje i ułatwienia w zatrudnianiu lekarzy obcokrajowców spoza UE.

Najważniejsze wprowadzone zagadnienia to:

- umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do LEK i LDEK lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów, co skraca lukę czasową oczekiwania na egzamin, który jest jednym z niezbędnych warunków do spełnienia przy otrzymaniu PWZ,
- umożliwienie przystąpienia o rok wcześniej niż dotychczas do PES lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego,
- wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym lekarze dentyści w czasie stanu zagrożenia epidemicznego mogą udzielać świadczeń zdrowotnych zarezerwowanych dotąd dla lekarzy,
- wprowadzenie przepisów umożliwiających uzyskiwanie uprawnień do wykonywania zawodu lekarzom i lekarzom denty stom, którzy uzyskali swoje dyplomy poza krajami UE poprzez zaliczenie Lekarskiego Egzaminu Weryfikacyjnego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Weryfikacyjnego sprawdzającego wiedzę na poziomie określonym wymogami unijnymi.
- uruchomienie kredytu na studia medyczne (od roku akademickiego 2021/2022). Kredyt jest dedykowany studentom, którzy będą studiowali lub studiu ją na warunkach odpłatności, zarówno na uczelniach publicznych, jak i prywatnych (studia niestacjonarne lub stacjonarne odpłatne na kierunku lekarskim w języku polskim). Aby otrzymać kredyt, a później uzyskać umorzenie tego kredytu, student będzie miał obowiązek po ukończeniu studiów odpracowania go nie krócej niż 10 lat w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terenie Rzeczypospolitej Polski (podmioty, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) jako specjalista w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe;
- stworzenie nowej kompleksowej oferty dydaktycznej na kierunkach medycznych opartej na platformie cyfrowej, pozwalającej na całościową organizację e-procesu dydaktycznego w oparciu o technologie cyfrowe, z zapewnieniem niezbędnego, wymaganego przepisami prawa wymiaru godzinowego zajęć odbywających się w trybie tradycyjnym;
- rozwój bazy dydaktycznej dla kształcenia przedklinicznego w szczególności pod kątem kształcenia z wykorzystaniem metod symulacji medycznej.

Odnosząc się do problemu braku pielęgniarek w opiece paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie informuję, że w Ministerstwie Zdrowia sukcesywnie podejmowane są działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia, uatrakcyjnienie oraz zwiększenie prestiżu tego zawodu, a także zachęcenie do podejmowania kształcenia na kierunku pielęgniarstwo.

Jednym z takich działań jest realizacja programów rozwojowych przez uczelnie uczestniczące w procesie kształcenia pielęgniarek, ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów pielęgniarstwa oraz poprawę jakości kształcenia praktycznego na tym kierunku (tworzenie monoprofilowych centrów symulacji medycznej), jak również wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi. W kolejnych latach planowana jest kontynuacja działań obejmujących wsparcie dla kształcenia zawodowego, w tym kształcenia podyplomowego pielęgniarek, w szczególności w ramach REACT-EU oraz Nowej Perspektywy Finansowej 2021-2027.

Mając na uwadze wzmocnienie roli pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej, a tym samym zwiększenie atrakcyjności tego zawodu, wprowadzono zmiany systemowe zmierzające do zwiększenia kompetencji zawodowych pielęgniarek, tj. m. in. możliwość wystawiania recept (samodzielnie lub w ramach kontynuacji zleceń lekarskich) na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na określone badania diagnostyczne. Prowadzone są prace dotyczące dalszego zwiększania kompetencji pielęgniarek poprzez rozszerzenie wykazu substancji czynnych i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki.

Trwają prace nad zmianami standardu kształcenia pielęgniarek, dotyczącymi obszarów kompetencyjnych absolwentów studiów I i II stopnia oraz upracticznienia kształcenia tak, aby były dostosowane do aktualnych potrzeb rynku pracy. W tym celu Minister Zdrowia powołał zespół ekspertów, który przygotował propozycje zmian w tym zakresie.

Minister Zdrowia wspierając rozwój zawodowy pielęgniarek, corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne w priorytetowych dziedzinach pielęgniarstwa, w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa.

Sukcesywnie wprowadzane są rozwiązania legislacyjne, które gwarantują stopniowe podwyższanie najniższych wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne, w tym też pielęgniarek.

W celu wsparcia systemu opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19 wprowadzono przepisy umożliwiające zatrudnienie w Polsce, w trybie uproszczonym, m. in. pielęgniarek, posiadających kwalifikacje uzyskane poza terytorium Unii Europejskiej.

Jednocześnie nadmieniam, że świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są przez pielęgniarki, w tym przez pielęgniarki posiadające dodatkowe kwalifikacje tj. ukończoną specjalizację, kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny lub są w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów. Poniższej przedstawione są informacje dotyczące liczby pielęgniarek posiadających ukończony jeden z ww. rodzajów kształcenia podyplomowego mający zastosowanie do realizacji świadczeń zdrowotnych w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Tabela 1. Liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece paliatywnej i hospicyjnej (źródło: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - wg stanu na dzień 31.12.2021 r.)

Dziedzina specjalizacji	Liczba pielęgniarek
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	2 507
Pielęgniarstwo pediatryczne	3 605
Ogółem	6 112

Tabela 2. Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w wybranych dziedzinach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece paliatywnej i hospicyjnej (źródło: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - wg stanu na dzień 31.12.2020 r.)

Dziedzina kursu kwalifikacyjnego	Liczba pielęgniarek
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	5 221
Pielęgniarstwo pediatryczne	1 055
Ogółem	6 276

Tabela 3. Liczba pielęgniarek, które ukończyły kursy specjalistyczne w wybranych zakresach pielęgniarstwa mających zastosowanie w opiece paliatywnej i hospicyjnej (źródło: Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - wg stanu na dzień 31.12.2020 r.)

Zakres kursu specjalistycznego dedykowanego dla opieki paliatywnej i hospicyjnej	Liczba pielęgniarek
Podstawy opieki paliatywnej	7 234
Pediatryczna domowa opieka paliatywna	120
Ogółem	7 354

Należy wskazać, iż dotychczasowe działania Ministerstwa Zdrowia na rzecz lekarzy i pielęgniarek przyniosły widoczne efekty w postaci odwrócenia niekorzystnego trendu dotyczącego zmniejszania się liczby lekarzy i pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. Zwiększyło się zainteresowanie młodych osób podejmowaniem kształcenia w zawodach lekarza i pielęgniarki. Ponadto, otworzona zostanie możliwość prowadzenia kierunku lekarskiego w uczelniach, które obecnie prowadzą kształcenie na kierunku pielęgniarstwie, co pozwoli wygenerować kolejne miejsca szkoleniowe dla osób chcących wykonywać zawód lekarza. Wzrosła liczba szkół posiadających akredytację Ministra Zdrowia na kształcenie pielęgniarek na poziomie pierwszego stopnia. Ponadto sukcesywnie zwiększa się liczba wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej.

Przemiany zachodzące w kształceniu kadr medycznych, które rozpoczęły się kilka lat temu spowodowały, iż system kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w zawodach medycznych w Polsce ulega ciągłej transformacji. Ministerstwo Zdrowia podejmuje wiele inicjatyw, w tym inicjatyw legislacyjnych mających na celu m.in. zmiany w podstawach programowych kształcenia w zawodach medycznych, wprowadzenie standardów kształcenia dla wybranych kierunków studiów, wprowadzanie nowych dziedzin specjalizacji, możliwość uznania dorobku zawodowego i naukowego za równoważny ze zrealizowaniem szkolenia specjalizacyjnego, a także zmiany w programach specjalizacji.

4. Prace Zespołu

Przywołane w piśmie Pana Rzecznika kwestie problemowe dotyczące warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zasad rozliczania tych świadczeń, w tym:

- całodobowa dostępność do świadczeń w ramach hospicjum domowego,
- rozliczanie pierwszego i ostatniego osobodnia jako jeden osobodzień,
- realizacja wymaganej liczby wizyt pielęgniarskich i lekarskich w tygodniu/miesiącu kalendarzowym, w przypadku, gdy pacjent jest przyjęty w ostatnich dniach tygodnia/miesiąca kalendarzowego,

są przedmiotem prac Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, powołanego zarządzeniem Ministra zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 81). Aktualnie procedowana jest zmiana ww. zarządzenia, mająca na celu przedłużenie działalności Zespołu do końca 2023 r.

Reasumując, pragnę zapewnić, że obecna sytuacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest przedmiotem szczególnego zainteresowania Ministra Zdrowia.

Z wyrazami szacunku
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
/dokument podpisano elektronicznie/