



Minister Zdrowia

DLF.050.16.2024.DP
Warszawa, 10 kwietnia 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 2249 Pośta na Sejm RP, Pana Daniela Milewskiego, z dnia 28 marca 2024 r., w sprawie zniesienia limitów NFZ w lecznictwie szpitalnym, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Skracanie czasu oczekiwania jest jednym z głównych priorytetów Ministra Zdrowia, dlatego działania mające na celu zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej podejmowane są systematycznie.

Jednym z najważniejszych prowadzonych obecnie kierunków działań, jest zniesienie ograniczeń w zakresie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, co pozwoli na zwiększenie liczby udzielanych świadczeń i skrócenie czasów oczekiwania. Po zniesieniu od 1 lipca 2021 r. limitów dla świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obecnie planowane jest także zniesienie limitowania świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym. Od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity w zakresie opieki paliatywnej (tj. finansowanie leczenia pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, w hospicjum domowym oraz w poradni medycyny paliatywnej). Planowane jest także zniesienie limitów w leczeniu szpitalnym. Podjęcie decyzji dotyczącej zniesienia limitów w leczeniu szpitalnym będzie poprzedzone wypracowaniem rozwiązań pozwalających na „odwrócenie obecnej piramidy świadczeń”, mających na celu zmianę struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz wyeliminowanie bodźców do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych, a tym samym osiągnięcie redukcji kosztów opieki. Niezbędne prace prowadzone są w uruchomionym z dniem 1 stycznia

2024 r. projekcie „Odwrócona Piramida Świadczeń”. W ramach projektu zostaną między innymi wskazane świadczenia, które mogą być realizowane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), wypracowane mechanizmy umożliwiające płacenie za wynik (paying for performance) oraz dostosowanie płatności do stopnia złożoności przypadku i wartości środków niezbędnych do jego realizacji. Działania projektowe mają także na celu między innymi opracowanie rozwiązań (przede wszystkim budowę pakietów diagnostycznych w AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady) dla poszczególnych zakresów świadczeń. Pozwolą one na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach.

Niezależnie od prac projektowych, już obecnie podjęto decyzję o zabezpieczeniu środków na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w limitowanych i nielimitowanych zakresach świadczeń. Zgodnie z zarządzeniem Nr 24/2024/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2024 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 rok, zabezpieczone zostały środki finansowe w kwocie 2 237 597 tys. zł niezbędne na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w limitowanych i nielimitowanych zakresach świadczeń.

Jednocześnie informuję, że dostrzegając problem dotyczący „odrobienia” świadczeń z tytułu pobranych środków przez niektóre szpitale w dniu 8 marca 2024 r. opublikowano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2024 r., poz. 339), które wydłuża do końca 2024 r. okres, w którym świadczeniodawcy powinni rozliczyć kwoty otrzymane jako dodatki do ryczałtu systemu zabezpieczenia za 2023 r., zgodnie z § 3b ust. 1 nowelizowanego rozporządzenia. Rozwiązanie to pozwoli świadczeniodawcom, którzy skorzystali z ww. dodatków, a nie zdołali osiągnąć w 2023 r. odpowiednio wysokich nadwykonań ryczałtu, uniknąć konieczności zwrotu do Narodowego Funduszu Zdrowia części środków wypłaconych za 2023 r., w przypadku wypracowania odpowiednich nadwykonań w kolejnym okresie rozliczeniowym ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Ponadto informuję, że w celu poprawy sytuacji finansowej szpitali, działających w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym szpitali powiatowych, w dniu 20 marca 2024 r. w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny został udostępniony

projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1657).

Rozwiązania zaproponowane w niniejszym projekcie wprowadzają zapisy:

1) gwarantujące szpitalom, których poziom realizacji świadczeń w 2023 r. był niższy niż zakładany przy ustaleniu ryczałtu na ten rok., wypłatę dodatkowych środków zapewniających utrzymanie dotychczasowej wysokości ryczałtu PSZ, a jednocześnie zobowiązujące beneficjentów tego instrumentu do rozliczenia uzyskanych w ten sposób środków przez ich odpracowanie, a w przypadku nieosiągnięcia odpowiednich nadwykonań ryczałtu w 2024 r., przez zwrot nierozliczonych w ten sposób kwot;

2) umożliwiające wypłaty w 2024 r. specjalnych dodatków do ryczałtu PSZ świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy (2023 r.) wykazali tzw. nadwykonania tego ryczałtu. Dodatki będą wypłacane w wysokości 50% wypracowanych nadwykonań, jednak z jednoczesnym uwzględnieniem kwot dodatków wypłaconych w 2023 r., zgodnie z § 3b nowelizowanego rozporządzenia; podstawę ustalenia wysokości dodatku dla danego świadczeniodawcy stanowić będzie różnica między liczbą jednostek sprawozdawczych za 2023 r. a sumą liczby tych jednostek stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczałtu na 2023 r. i liczby jednostek odpowiadających kwotom uzyskanych w tym okresie na mocy ww. przepisu.

Omawiając przedmiotowe zagadnienie, należy wskazać, że prowadzone są także prace, mające na celu zapewnienie optymalnego wykorzystania terminów świadczeń oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, w tym zwalniających się także w ostatniej chwili. Wprowadzenie jednej centralnej listy i centralnej e-Rejestracji, umożliwiającej pacjentowi wybór świadczeniodawcy z najkrótszym czasem oczekiwania spośród wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczenia z danego zakresu, przyspieszy termin uzyskania świadczenia. Ponadto, system ten zapewni regularne wysyłanie przypomnień o terminie oraz ułatwi proces odwołania wizyt, co wyeliminuje przypadki nieodwoływania porad.

Innym planowanym rozwiązaniem, mającym na celu optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów, jest wprowadzenie asystenta lekarza, który odciąży lekarzy od wykonywania obowiązków administracyjnych.

Istotny wpływ na zwiększenie dostępności mają także rozwiązania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwia lekarzowi rodzinnemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada

się na skrócenie czasów oczekiwania. Według stanu na koniec 2023 r. tą formą opieki objętych zostało 39% ogółu populacji objętej opieką z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i liczba ta stale rośnie.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/