



Minister Zdrowia

DLU.050.18.2024.EW
Warszawa, 08 maja 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pana Dariusza Mateckiego w sprawie wprowadzenia odpłatności za nieprzychodzenie pacjentów na umówione wizyty do lekarzy (nr 2565), przesłaną przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 24 kwietnia 2024 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odnosząc się do pytania dotyczącego skali problemu nieprzychodzenia pacjentów na umówione wizyty do lekarzy w Polsce, uprzejmie informuję, że analizy w tym zakresie prowadzone były na podstawie danych dotyczących świadczeń o ograniczonej dostępności, na które listy oczekujących prowadzone są centralnie w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia (tj. w aplikacji AP – KOLCE), gdyż system ten zapewnia dostęp do danych wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń z danego zakresu. W przypadku pozostałych świadczeń, na które listy oczekujących prowadzone są przez świadczeniodawców w ich własnych systemach informatycznych takie analizy są znacząco utrudnione.

Na podstawie analizy informacji zawartych w aplikacji AP– KOLCE, z zestawienia danych dotyczących liczby osób, które oczekiwały na świadczenie pierwszorazowe z liczbą osób skreślonych z listy oczekujących z powodu niestawienia się na świadczenie, wynika, że w roku 2022 problem nieodwoływania zaplanowanych świadczeń dotyczył ok 9,4 % zaplanowanych świadczeń. Można założyć, że w odniesieniu do innych świadczeń procent świadczeń, które nie zostały udzielone z powodu braku stawiennictwa jest na zbliżonym poziomie ok. 10%.

Odpowiadając na pytanie dotyczące wprowadzenia odpłatności za nieprzyjście na umówione wizyty należy wskazać, że takie rozwiązanie nie jest rozważane, przede wszystkim ze względu na możliwy negatywny wpływ w postaci dysproporcji w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia dostrzega negatywny wpływ na system ochrony zdrowia wynikający z nieodwoływania przez pacjentów wyznaczonych porad i od lat podejmuje działania w celu ograniczenia liczby takich przypadków. W zakresie sankcji za niestawienie się od 1 stycznia 2015 r. wprowadzono zasadę, że zawinione przez świadczeniobiorcę niezgłoszenie się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia skutkuje skreśleniem z listy. Jest to daleko idąca dolegliwość, gdyż wiąże się z koniecznością ponownego wpisania na listę i oczekiwania na nowy termin. Natomiast wprowadzenie opłat w głównej mierze wpłynęłyby negatywnie na osoby w trudnej sytuacji ekonomicznej (dla których stanowiłoby to poważne obciążenie) albo przewlekle chorych (którzy statystycznie częściej korzystają ze świadczeń, i prawdopodobieństwo niestawienia się na świadczenia jest większe), co w obu przypadkach skutkowałoby niepożądanym efektem w postaci ograniczenia (utrudnienia) dostępu do świadczeń.

Ponadto nie ma badań, które jednoznacznie potwierdziłyby wpływ wprowadzenia opłat na zmniejszenie skali nieodwoływanych wizyt. Przykładowo, w Danii wprowadzono takie opłaty w formie pilotażu, ale ze względu na brak efektów, nie zdecydowano się na ich wprowadzenie na stałe.

Co więcej w większości opracowań międzynarodowych podkreśla się, że wprowadzenie opłat powinno być postrzegane jako środek ostateczny, który powinien być poprzedzony działaniami mającymi na celu wyeliminowanie najczęstszych przyczyn niestawiennictwa. Dotyczy to dwóch sytuacji - przypadków, w których brak odwołania wynika z przeoczenia (zapomnienia o terminie wizyty, co jest tym częstsze im odleglejszy jest wyznaczony termin) oraz z problemów z komunikacją ze świadczeniodawcą (szybkim skontaktowaniem się ze świadczeniodawcą). W związku z powyższym podejmowane działania nakierowane są na wyeliminowanie powyższych przyczyn. Od 1 lipca 2019 r. wprowadzono rozwiązanie, zgodnie z którym Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek wysyłania SMS-a zawierającego informację o zbliżającym się terminie (dotyczy to tych świadczeń, których harmonogramy prowadzone są za pomocą aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia). Natomiast w celu ułatwienia pacjentowi odwołania (i zmiany) terminu świadczenia, prowadzone są prace nad systemem Centralnej e-Rejestracji. Zgodnie z założeniami system zapewni możliwość samodzielnego umawiania się na wybrane świadczenia – bez wychodzenia z domu, w każdej chwili przez IKP (Internetowe Konto Pacjenta) lub przez Infolinię Centralnej e-Rejestracji oraz wygodną możliwość odwołania wizyty lub zmiany terminu. Ponadto Centralna e-Rejestracja ułatwi sprawdzanie na bieżąco terminów wizyt i będzie przypominała o terminie wizyty przez konsultanta, IKP, SMS albo e-mail, w sposób wskazany przez pacjenta. Prace nad opracowaniem tego systemu są obecnie zaawansowane i będą w najbliższym czasie wdrażane.

Należy dodać, że także świadczeniodawcy z własnej inicjatywy podejmują działania (głównie poprzez sms-y lub telefoniczne rozmowy) w celu upewnienia się, że pacjent potwierdza chęć odbycia porady oraz tak planują harmonogram przyjęć, aby uwzględnić wynikający z dotychczasowej praktyki procent niestawiających się pacjentów i uniknąć niewykorzystania posiadanych zasobów.

W przypadku innych identyfikowanych przyczyn wynikających z niemożliwych do przewidzenia wypadków losowych (takich jak nagłe zachorowanie, niemożności załatwienia zastępstwa w przypadku osób opiekujących się dziećmi lub osobami niepełnosprawnymi, nieuzyskanie dnia wolnego czy opóźnień w transporcie) wprowadzanie opłat byłoby dodatkową dolegliwością dla pacjenta, mimo, że wystąpiły czynniki od niego niezależne.

Dodatkowo należy wskazać, że systemy innych krajów, w których obowiązują opłaty za niestawiennictwo, różnicują stawkę w zależności od statusu społeczno-ekonomicznego pacjenta, rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej (np. w Norwegii wykluczone z opłat są świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień), a do pobierania kar wykorzystują już funkcjonujący system ściągania opłat. Przy tym należy wskazać, że ze względu na słabe oddziaływanie, często opłaty za niestawienie stale wzrastają. Podobnie w przypadku wprowadzenia opłaty w polskim systemie ochrony zdrowia wystąpiłyby trudności w ustaleniu właściwej wysokości opłaty i jej różnicowania w zakresie przyczyny niestawienia się oraz uwzględnienia statusu ekonomicznego pacjenta, gdyż jak wskazano powyżej zbyt wysoko ustalona opłata mogłaby negatywnie wpłynąć na osoby najbiedniejsze. Ponadto dla celów pobierania opłaty świadczeniodawcy musieliby wdrożyć system pobierania i egzekwowania opłat za niestawienie się na świadczenie co oprócz dodatkowych obciążeń biurokratycznych mogłoby oznaczać także obciążenia finansowe, jeżeli koszty egzekwowania tych opłat przewyższałyby wpływy z ich pobierania (przede wszystkim w przypadku ustalenia opłaty na niskim poziomie).

Odnosząc się do pytania o doświadczenia innych krajów, należy także wskazać, że oprócz wspomnianego powyżej braku jednoznacznych dowodów na skuteczność takiego rozwiązania, nie da się przenieść stosowanych rozwiązań wprost bez uwzględnienia odmienności poszczególnych systemów, w szczególności faktu, że w większości są to kraje, które przewidują współpłacenie za świadczenia i mają wdrożone rozwiązania zabezpieczające grupy wrażliwe (takie jak osoby starsze, przewlekle chore oraz osoby o niskich dochodach) przed nadmiernymi obciążeniami, i niepożądanymi, ubocznymi efektami wprowadzenia opłat (np. przez określenie górnego możliwego pułapu opłat lub wyłączenie z takich opłat). Obecnie debata nad wprowadzeniem opłat za niestawiennictwo toczy się we Francji, która zaplanowała wprowadzenie takiej opłaty w wysokości 5 euro od 1 stycznia 2025 r. Zgodnie z założeniami o zastosowaniu tej opłaty ma decydować świadczeniodawca. Mimo nieznacznej wysokości opłat propozycja ta nie spotkała się z powszechną akceptacją.

Podsumowując, obecnie działania są nakierowane na zbudowanie mechanizmów przypominających pacjentom o zbliżającym się terminie świadczenia oraz zapewniających prosty sposób kontaktu ze świadczeniodawcą w celu powiadomienia o rezygnacji z tego świadczenia. Podejmowane są także działania mające na celu podniesienie świadomości pacjentów odnośnie negatywnych skutków nieodwoływania porad, jak np. prowadzona od października 2022 r. kampania #ODWOLUJE #NIEBLOKUJE, której patronami honorowymi są m.in. Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeżeli planowane rozwiązania nie przyniosą zakładanych efektów w postaci zmniejszenia odsetka osób niepojawiających się lub nie odwołujących z wyprzedzeniem świadczenia, rozważane będzie wprowadzenie także innych narzędzi.

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