



Minister
Zdrowia



DLG.742.36.2024.MGL
Warszawa, 21 maja 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 2673 w sprawie wprowadzenia opieki koordynowanej w nefrologii dla pacjentów leczonych w stacjach dializ, przekazaną przez Panią Urszulę Augustyn i Pana Marka Tomasz Hoka, uprzejmie informuję.

Ad. pytanie 1.

W kwestiach związanych z wprowadzeniem w Polsce opieki koordynowanej w nefrologii dla pacjentów leczonych w stacjach dializ, uprzejmie informuję, że aktualnie nie są prowadzone prace w przedmiotowym zakresie. Jednocześnie należy wskazać, że na mocy przepisów nowelizujących rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 2226 z późn. zm.), które weszły w życie z dniem 1 listopada 2023 r., katalog świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) został rozszerzony o świadczenia opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. Tym samym świadczeniobiorcy uzyskali dostęp do większej liczby świadczeń specjalistycznych, które mogą być zrealizowane już podczas wizyty u lekarza POZ, bez konieczności oczekiwania na ich realizację u lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), co w konsekwencji powinno przyczynić się do szybszego postawienia diagnozy i rozpoczęcia właściwego leczenia choroby wykrytej we wczesnym stadium. Ponadto, w związku z realizacją świadczeń opieki koordynowanej z zakresu nefrologii w ramach POZ, należy wskazać, że przedmiotowa zmiana zwiększająca kompetencje lekarza POZ w zakresie diagnozowania i leczenia świadczeniobiorców ze schorzeniami nefrologicznymi, dotyczy także świadczeniobiorców pediatrycznych, poprzez umożliwienie realizacji konsultacji specjalistycznych w dziedzinie m.in. nefrologii dziecięcej. Jednocześnie do wykazu badań, na które kieruje lekarz POZ dodane zostały świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek, co jest odpowiedzią na wnioski ekspertów podczas prac nad przedmiotową zmianą rozporządzenia i dotyczy problemu niskiej wykrywalności przewlekłej choroby nerek we wczesnym stadium choroby, kiedy nie daje ona wyraźnych objawów. W diagnostyce wczesnych nefropatii lekarze POZ mogą kierować na badanie ACR w moczu (albumina/kreatynina w moczu), które jest parametrem diagnostycznym stosowanym przed wejściem w życie omawianej zmiany wyłącznie przez lekarzy specjalistów. W zakres świadczenia opieki koordynowanej w nefrologii w ramach POZ wchodzi poza ww. badaniami i poradą kompleksową, również niezbędne konsultacje

specjalistyczne, porady edukacyjne, konsultacje dietetyczne jak i opracowanie indywidualnego planu opieki medycznej zawierającego zalecenia z wizyt i badań kontrolnych oraz zrealizowanych konsultacji.

Natomiast jeśli cel leczenia nie może zostać osiągnięty w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, wówczas lekarz POZ kieruje świadczeniobiorcę do leczenia w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach której świadczeniobiorcy z przewlekłą chorobą nerek mają dostęp do porad specjalistycznych „Nefrologia” oraz „Nefrologia dla dzieci”. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.) zawiera szeroki katalog procedur medycznych, które mogą być stosowane w diagnostyce i leczeniu chorób nerek, zgodnie z zaleceniami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej, w tym:

1. Dializa otrzewnowa (świadczenie obejmuje m.in. badanie konsultacyjne i kwalifikację do leczenia dializą otrzewnową, pobranie płynu otrzewnowego, konsultacje nefrologiczne połączone z wymianą opatrunku przy cewniku oraz pobraniem krwi, zaopatrzenie w domu w płyny dializacyjne, dreny oraz inne niezbędne materiały, monitorowanie i leczenie niedokrwistości);
2. Hemodializa/hemodializa z zapewnieniem 24-godzinnej dyżuru (świadczenie obejmuje m.in. badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta, podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki, zabieg hemodializy oraz kontrolę parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta, badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne, transport pacjenta do/ze stacji dializ);
3. Hemodiafiltracja (HDF) (świadczenie obejmuje m.in. badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta, podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki, zabieg hemodializy oraz kontrolę parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta, badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne, transport pacjenta do/ze stacji dializ).

Ponadto, jeśli cel leczenia nie może zostać osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, wówczas lekarz POZ lub lekarz specjalista kieruje świadczeniobiorcę do leczenia szpitalnego. Szczegółowe warunki realizacji i przebiegu procesu diagnostyczno – leczniczego w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej w poszczególnych specjalnościach, także dla świadczeń nefrologicznych, w tym leczenia nerkozastępczego, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 870 z późn.zm.). Warto również zauważyć, że jak wynika z przedmiotowego rozporządzenia, świadczeniodawcy podczas realizacji świadczeń gwarantowanych mogą wziąć pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146). Tym samym zmiany w zakresie standardów dotyczących diagnostyki i leczenia poszczególnych jednostek chorobowych, mogą odbywać się na podstawie zaleceń opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia będące towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, pod warunkiem ich ogłoszenia w drodze obwieszczenia przez Ministra Zdrowia, który dokonuje tej czynności po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Ad pytanie 2.

Odpowiadając na pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia planuje wdrożyć system monitorowania jakości w dializoterapii, uprzejmie informuję, że ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U. z 2023 r., poz. 1692), która weszła w życie 8 września 2023 r. wprowadzająca nowe zasady jakościowe odnośnie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, nie różnicuje rodzajów udzielanych

świadczeń opieki zdrowotnej i obejmuje swoim zakresem wszystkie świadczenia udzielane w ramach rodzajów działalności leczniczej. Ustawa dotyczy wdrożenia następujących rozwiązań prawno – organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany uregulują kwestie jakości: wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, autoryzacji, akredytacji, rejestrów medycznych.

Zgodnie z założeniami przedmiotowej ustawy, za wdrażanie rozwiązań służących m.in. monitorowaniu jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym identyfikowaniu obszarów priorytetowych, które powinny być poddawane systematycznej ocenie, w celu poprawy i identyfikacji ewentualnego ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz zarządzania tym ryzykiem, jest odpowiedzialny kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Jednocześnie, uprzejmie informuję, że obecnie nie przewiduje się tworzenia odrębnych systemów monitorowania jakości dla poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dla nefrologii, a w szczególności dla samej dializoterapii.

Ad. Pytanie 3 i 4.

W odpowiedzi na pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie zmian w organizacji badań kwalifikujących do przeszczepienia nerki, uprzejmie informuję, że zarówno obecnie jaki w najbliższym czasie nie są planowane w Ministerstwie Zdrowia prace nad zmianami w organizacji badań kwalifikujących do przeszczepienia nerki. Natomiast jeśli chodzi o aktualizację wyceny procedur i mechanizmu waloryzacji stawki za leczenie hemodializami, na wstępie należy zaznaczyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosi ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Systematycznie odbywa się także aktualizacja wycen świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji AOTMiT na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, ustawa 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. poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach”, wprowadziła zmianę w ustawie o świadczeniach, poprzez dodanie art. 31ha, określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń.

AOTMiT w ramach prac związanych z przygotowaniem ww. raportu monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w formularzach MZ-BFA, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii. Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział

w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, uprzejmie informuję, że w dniu 15 lutego 2024 r., Minister Zdrowia zlecił AOTMiT w terminie do dnia 24 maja 2024 roku, 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 o wynagrodzeniach.

Dodatkowo na podstawie art. 31npkt 4b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zlecił dokonanie wariantowych analiz z uwzględnieniem:

1. wzrostu wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę;
2. prognozy wskaźnika inflacji w latach 2024 - 2025 r.;
3. symulacji zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
4. odrębnych rozwiązań dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

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