



DLU.050.35.2024.ID
Warszawa, 22 lipca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku

W związku z zapytaniem Pana Czesława Hoca i Pana Marka Gróbarczyka, Posłów na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej *w sprawie niedotrzymania obietnicy wyborczej Trzeciej Drogi, zgodnie z którą NFZ zwróci pieniądze za wizytę prywatną, jeżeli wizyta u lekarza specjalisty nie odbędzie się w ciągu 60 dni, oraz postulatu KO z programu „100 konkretów na 100 dni” dotyczącego zniesienia limitów NFZ w lecznictwie szpitalnym w celu skrócenia czasu oczekiwania na konsultacje i zabiegi* (nr 680), przesłanym przy piśmie Pana Krzysztofa Bosaka, Wicemarszałka Sejmu RP z dnia 11 lipca 2024 r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odpowiadając na pytanie dotyczące wprowadzenia rozwiązania umożliwiającego skorzystanie przez świadczeniobiorcę z prywatnej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy nie uzyska on świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w gwarantowanym okresie 60 dni, należy zauważyć, że propozycja ta ma charakter zmiany systemowej i dlatego wymaga przeprowadzenia kompleksowej analizy zarówno w zakresie korzyści, jak i ryzyk, które wiążą się z wprowadzeniem tego rozwiązania.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są m.in. analizy dotyczące identyfikacji ryzyk, w celu sprawdzenia, czy rozwiązanie to nie spowoduje generowania nadmiernego popytu na świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przykładowe ryzyka są następujące:

- 1) średni rzeczywisty czas oczekiwania na wiele świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynosi często więcej niż 60 dni. Płacenie za te wszystkie świadczenia w sektorze prywatnym może stanowić istotne zagrożenie dla równowagi finansowej NFZ, co w konsekwencji może doprowadzić do ograniczenia dostępności w innych zakresach ochrony zdrowia np. w leczeniu szpitalnym, ze względu na konieczność ograniczenia środków finansowych w tej części opieki zdrowotnej,
- 2) istnieje ryzyko, że świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno jako podmioty posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i na zasadach komercyjnych, mogą sztucznie wydłużać czasy oczekiwania na świadczenia opieki

zdrowotnej finansowane ze środków publicznych i dzięki temu zwiększać popyt na świadczenia udzielane przez nich komercyjnie,

3) pacjenci ze względu na możliwość uzyskania finansowania ze środków publicznych porad w prywatnym sektorze, mogą zgłaszać większe zapotrzebowanie na świadczenia (nawet w przypadkach niezasadnych),

4) wysokość opłat za prywatne porady mogą wzrosnąć ze względu na większy popyt na te świadczenia,

5) przyjęcie rozwiązań, mających na celu ograniczenie ryzyk finansowych NFZ, polegających np. na przyjęciu górnych limitów ponoszenia kosztów przez NFZ za świadczenia prywatne AOS może okazać się mało skuteczne. Przykładowo przed kilkunastu laty Dania wprowadziła podobne rozwiązanie, ale świadczeniodawcy nie zgodzili się udzielać prywatnych świadczeń w ramach ustalonych limitów finansowych).

Obecnie Ministerstwo Zdrowia w celu poprawy dostępności do świadczeń udzielanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej prowadzi również prace nad innymi rozwiązaniami, mającymi ograniczyć nadmierne korzystanie z porad AOS przez pacjentów chorych na choroby przewlekłe, których stan zdrowia jest stabilny. Typowe przykłady takich chorób to nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niedoczynność tarczycy, alergie skórne lub pokarmowe, POCHP, astma oskrzelowa, pozostające w obszarze kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Z danych NFZ wynika, że w 2023 roku 6,4 mln pacjentów chorujących na ww. choroby korzystało z porad lekarza specjalisty od 4 do 10 razy w roku, z reguły po recepty na kontynuację kuracji. Pacjenci kontynuujący leczenie co do zasady nie wymagają tak licznych i kosztownych badań diagnostycznych jak pacjenci pierwszorazowi. Powyższe, w powiązaniu z nielimitowaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie AOS, prowadzi obecnie do zjawiska nieefektywnego wykorzystywania lekarzy specjalistów i ograniczenia dostępności do leczenia dla pacjentów pierwszorazowych oraz wydłużania czasu oczekiwania na poradę. Dlatego podejmowane działania, mają na celu wdrożenie odpowiednich mechanizmów finansowych zachęcających do przyjmowania pacjentów pierwszorazowych i kierowania stabilnych pacjentów kontynuujących leczenie pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, m.in. poprzez wprowadzenie stawek degresywnych w wybranych przewlekłych jednostkach chorobowych w odniesieniu do kolejnych porad udzielanych temu samemu pacjentowi.

Ww. rozwiązanie ściśle wiąże się z dalszym upowszechnianiem rozwiązań opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwia lekarzowi rodzinemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie dostępu do wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania pacjenta do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalistycznej z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania. Według stanu na koniec 2023 r. z tej formy opieki korzystało 39 % ogółu populacji objętej opieką z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i liczba ta stale rośnie. Obecnie opieka koordynowana jest nakierowana na poprawę sytuacji pacjentów chorujących przewlekłe, poprzez zwiększenie dostępu do badań diagnostycznych z obszaru kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii, nefrologii oraz endokrynologii, co pozwala na skuteczniejsze wykrywanie najczęstszych schorzeń przewlekłych oraz świadczeń zdrowotnych realizowanych w formie porad kompleksowych z opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. W ramach realizacji zadań opieki koordynowanej wprowadzono funkcję koordynatora, który wspiera pacjentów w zakresie m.in. ustalania terminów badań, porad i konsultacji zleconych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, przekazywania informacji o kolejnych etapach terapii a także dba o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych. Obecnie kontynuowane są prace zwiększające zakres istniejących świadczeń o dodatkowe diagnozowanie i leczenie kolejnych schorzeń.

Odnosząc się do pytania dotyczącego zniesienia limitów w zakresie finansowania przez NFZ leczenia szpitalnego, uprzejmie informuję, że w Ministerstwie są prowadzone prace, mające na celu wypracowanie rozwiązań pozwalających na „odwrócenie obecnej piramidy świadczeń”, aby zmienić strukturę udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz wyeliminować bodźce do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych i dzięki temu osiągnąć redukcję kosztów opieki zdrowotnej. Prace te 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, wypracowane mechanizmy umożliwiające płacenie za wynik (*pay 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 nowych 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 od wykonywania procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach systemu ochrony zdrowia.

Ponadto, w Ministerstwie Zdrowia realizowane są inne działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń. Przykładowo, 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).

Niezależnie od ww. prac dotyczących poprawy dostępności do świadczeń, należy wskazać na istotne działania podejmowane w 2024 roku, mające wpływ na poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych.

Przykładowo:

- zabezpieczone zostały środki finansowe w kwocie 2,2 mld zł niezbędne do sfinansowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zwiększono nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 5,1 mld zł,
- Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości 3 mld zł. Fundusze pozyskane po sprzedaży tych obligacji skarbowych zostaną przeznaczone na konkretne obszary świadczeń, między innymi na leczenie onkologiczne i diagnostykę onkologiczną dzieci i dorosłych, psychiatrię dziecięcą oraz leczenie i diagnostykę chorób rzadkich dzieci,
- Narodowy Fundusz Zdrowia otrzyma o 2 mld zł wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/