



DLR.050.39.2024.MKZ
Warszawa, 04 września 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,
odpowiadając na interpelację (nr 3617) z 11 lipca 2024 r., Pana Pośta Włodzisława Gizińskiego w sprawie skutecznego zapobiegania, wcześniejszej identyfikacji i leczenia sepsy, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Kiedy w Polsce powstanie elektroniczny rejestr przypadków sepsy, będący podwaliną systemową w pozostałych państwach europejskich, jak i w dalszych zakątkach świata?

Pojęcie rejestr jest używane w szerokim kontekście, również w rozumieniu identyfikacji zachorowań. W przypadku epidemiologii sepsy i procesu identyfikacji zachorowań nie jest konieczne tworzenie odrębnego rejestru w rozumieniu art. 19 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2023 poz. 2465).

Dane o zachorowaniach na sepsę są raportowane do Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny - Państwowego Instytutu Badawczego na formularzach statystycznych MZ-56 - Sprawozdanie o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach.

Dane te są na bieżąco publikowane i udostępniane jako Meldunki o zachorowaniach na choroby zakaźne, zakażeniach i zatruciach w Polsce na str. internetowej NIZP PZH - PIB https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html.

Ponadto, dane o chorobach zakaźnych, w tym posocznicy (sepsie), są dostępne w biuletynie rocznym „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” opracowanym i opublikowanym przez NIZP PZH - PIB.

Natomiast na dzień dzisiejszy tworzenie odrębnego rejestru sepsy na podstawie ustawy o informacji w ochronie zdrowia nie jest planowane.

2. Dlaczego w naszym kraju wciąż brakuje standardu szybkiej diagnostyki 24h, umożliwiającej szybsze wykrycie sepsy oraz rozpoczęcie odpowiedniego leczenia?

Zgodnie z art. 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DZ.U. z 2024 r., poz.146) świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Zgodnie z art.19 ustawy w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku stanu nagłego, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

Jednocześnie, należy wskazać, że tematyka sepsy (posocznicy), jako stanu bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia prowadzącego do niewydolności wielonarządowej jest przedmiotem kształcenia przed i podyplomowego, a tym samym absolwent studiów

medycznych posiada wiedzę w zakresie przyczyn, objawów, zasad diagnozowania i postępowania terapeutycznego oraz profilaktycznego w najczęstszych chorobach bakteryjnych, w tym w sepsie.

W ramach stażu podyplomowego z kolei omawiane jest podsumowanie aktualizacji międzynarodowych wytycznych postępowania w sepsie i wstrząsie septycznym opracowanych przez kampanię Surviving Sepsis Campaign z uwzględnieniem pakietu resuscytacyjnego i pakietu terapeutycznego stosowanych przy sepsie. Konieczność przyswojenia pełnego zakresu wiedzy o sepsie i wstrząsie septycznym kontynuowana zostaje w 21 programach specjalizacyjnych, w których występuje moduł podstawowy z chorób wewnętrznych oraz w 9 programach specjalizacyjnych, w których występuje moduł podstawowy z pediatrii, a także w programie specjalizacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w programie specjalizacyjnym w dziedzinie intensywnej terapii.

Stany nagłe i postępowanie w stanach zagrożenia życia, w tym w sepsie są przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego również w dziedzinie medycyny rodzinnej. Ponadto, w ramach działań profilaktycznych przeciwko rozwojowi sepsy należy wymienić szczepienia ochronne, które pozwalają w bezpieczny sposób chronić świadczeniobiorców przed rozwinięciem się objawów zakażenia danym drobnoustrojem. Tematyka szczepień wraz z praktycznym ich wykonywaniem, wykazem szczepień obowiązkowych i zalecanych, z warunkami określonymi w rozporządzeniach.

Ponadto, należy wskazać, że wszystkie świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej, na warunkach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach.

3. Dlaczego sprzęty diagnostyczne dofinansowane ze środków pieniężnych zebranych przez WOŚP podczas finału poświęconemu w walce z sepsą, wciąż nie są odpowiednio i systematycznie dofinansowywane?

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 146), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na bieżąco dokonuje analiz związanych z poziomem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Taryfikacja świadczeń jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji Agencji sporządzanego na dany rok kalendarzowy. Podstawowym celem procesu taryfikacji jest ustalenie taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przede wszystkim poprzez uzyskanie wiedzy o rzeczywistych kosztach ponoszonych w związku z realizacją tych świadczeń oraz o wzajemnych relacjach poziomu kosztów pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Cel ten jest realizowany przy założeniu, że taryfikacja ma służyć równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w zakresie wydawania środków publicznych.

Decyzja o umieszczeniu danej grupy świadczeń w Planie Taryfikacji na dany rok podejmowana jest przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Istotnym aspektem jest także potrzeba synchronizacji działań podejmowanych przez kluczowe instytucje systemu ochrony zdrowia.

Należy jednocześnie wskazać, że taryfikacja świadczeń jest procesem złożonym i wieloetapowym. W procesie tym oprócz pracowników AOTMiT i Prezesa Agencji biorą udział przedstawiciele wielu grup społecznych takich jak: świadczeniodawcy, eksperci w dziedzinie medycyny właściwej do taryfikowanych świadczeń, przedstawiciele organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów, członkowie Rady ds. Taryfikacji, minister właściwy do spraw zdrowia i inni.

Ponadto, uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 31 ha ust.1 cytowanej na wstępie ustawy, co roku na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji dokonywana jest całościowa zmiana sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Mając na względzie powyższe, w dniu 13 czerwca 2024 r. Prezes AOTMiT opublikował obwieszczenie w sprawie rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w wariantcie uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ww. ustawy oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz dodatkowo uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu oraz zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ i liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie (w przyjętym wariantcie uwzględniono zwiększenie ryczałtu PSZ podmiotom, które wykonały w I kwartale br. świadczenia w skali przekraczającej 3/12 liczby jednostek sprawozdawczych będących podstawą do ustalenia ryczałtu PSZ na 2024 r. oraz zwiększenie o 1,09% wolumenu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w formie ryczałtu PSZ, w celu skompensowania wzrostu kosztów działalności spowodowanego inflacją oraz wzrostem kosztów wynagrodzeń personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych). Oznacza to, że Minister Zdrowia zdecydowała o wprowadzeniu w życie wariantu rekomendacji AOTMiT, korzystniejszego dla placówek medycznych i personelu.

Przyjęcie ww. wariantu, zgodnie z szacunkami AOTMiT, będzie się wiązać ze wzrostem wydatków płatnika o 15,2 mld zł w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie wycen wskazanych w rekomendacji, co stanowi 11,09% wzrostu wartości umów NFZ (z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii).

Uwzględniając zakres prac AOTMiT nad weryfikacją poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że Minister Zdrowia uwzględniając szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na bieżąco reaguje na wnioski zgłaszane przez organizacje pracodawców, czy grupy ekspertów czy podmiotów leczniczych, celem wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wycenach świadczeń i ich ponownej weryfikacji oraz aktualizacji przez AOTMiT, chociażby w oparciu o nowe schematy leczenia, jeśli wynika to z obiektywnych przesłanek.

Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej określa podejście do wyceny świadczeń oraz wykorzystywanych narzędzi. Wypracowując podejście do wyceny świadczeń AOTMiT czerpie z wielu źródeł:

- rozwiązań przyjętych w krajach posiadających wieloletnie doświadczenie w analizie mikrokosztów;
- wiedzy uznanych w kraju ekonomistów zajmujących się tematyką kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
- współpracy z towarzystwami naukowymi oraz ekspertami z różnych dziedzin medycyny;
- współpracy ze świadczeniodawcami, doświadczeń własnych.

Na całkowity koszt świadczenia składają się dwa główne rodzaje kosztów: stałe i zmienne. Koszty stałe odpowiadają takim elementom składowym świadczenia jak infrastruktura (rozumiana jako wszystkie koszty poza kosztami osobowymi, leków, wyrobów medycznych, tj., obejmujące koszty amortyzacji i utrzymania pomieszczeń i sprzętu, narzuty administracji itp.) oraz koszty osobowe. Koszty zmienne natomiast obejmują zużycie zasobów takich jak produkty lecznicze, wyroby medyczne czy procedury. Na potrzeby kalkulacji poszczególnych kategorii kosztów gromadzone są różne zbiory danych. Podstawę do oszacowania kosztów stałych stanowią ogólne dane finansowo-księgowe przypisane do poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (OPK) takich jak oddziały szpitalne, poradnie, zakłady diagnostyczne i inne. Koszty zmienne kalkulowane są natomiast w oparciu o dane kliniczne i kosztowe obejmujące informacje o rodzaju oraz wielkości zużycia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz procedur.

Szczegółowe informacje odnośnie taryfikowanych świadczeń opieki zdrowotnej są dostępne na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji <https://www.aotm.gov.pl/taryfikacja/taryfikowane-swiadczenia/>.

4. Kiedy nastąpią efektywne działania związane z edukacją personelu medycznego w zakresie sepsy?

Tematyka sepsy (posocznicy), jako stanu bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia prowadzącego do niewydolności wielonarządowej jest przedmiotem kształcenia przed i podyplomowego lekarzy. Absolwent studiów medycznych na kierunku lekarskim ma obowiązek znać i rozumieć przyczyny, objawy, zasady diagnozowania i postępowania terapeutycznego oraz profilaktycznego w najczęstszych chorobach bakteryjnych oraz w sepsie. Z kolei lekarz odbywający staż podyplomowy jest w obowiązku zapoznać się z aktualizacją międzynarodowych wytycznych postępowania w sepsie i wstrząsie septycznym opracowanych przez kampanię Surviving Sepsis Campaign z uwzględnieniem pakietu resuscytacyjnego i pakietu terapeutycznego stosowanych przy sepsie. Konieczność przyswojenia pełnego zakresu wiedzy o sepsie i wstrząsie septycznym kontynuowana zostaje w 21 programach specjalizacyjnych, w których występuje moduł podstawowy z chorób wewnętrznych oraz w 9 programach specjalizacyjnych, w których występuje moduł podstawowy z pediatrii, a także w programie specjalizacyjnym w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz w programie specjalizacyjnym w dziedzinie intensywnej terapii.

Stany nagłe i postępowanie w stanach zagrożenia życia, w tym w sepsie jest przedmiotem szkolenia specjalizacyjnego również w dziedzinie medycyny rodzinnej. Niezależnie od tego zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.) każdy lekarz ma obowiązek doskonalenia zawodowego w trakcie całej jego kariery zawodowej poprzez różne formy kształcenia (kursy, szkolenia, konferencje naukowe itd.) oraz samokształcenie. Zatem obowiązek wykonywania zawodu lekarza, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, co wynika z art. 4 ww. ustawy nie kończy się na uzyskaniu przez lekarza tytułu specjalisty. Należy podkreślić, że działania lecznicze są ostatnim etapem walki z objawami sepsy, jaki można podjąć w podmiocie leczniczym, natomiast równie ważna jest zwiększona świadomość samych pacjentów na temat sposobu zapobiegania objawom sepsy i prowadzeniu zdrowego stylu życia. Do działań profilaktycznych przeciwko rozwojowi sepsy należą szczepienia ochronne. Chronią one przed rozwinięciem się objawów zakażenia danym drobnoustrojem. Tematyka szczepień wraz z praktycznym ich wykonywaniem, wykazem szczepień obowiązkowych i zalecanych, oraz kalendarzem szczepień jest również przedmiotem kształcenia przeddyplomowego studentów na kierunku lekarskim oraz podyplomowego szkolenia lekarzy. Wydaje się zatem, że ciągły proces uczenia się jaki odbywają lekarze w swojej karierze zawodowej umożliwi im przyswojenie wiedzy do rozpoznawania i leczenia sepsy w różnej jej postaciach, w szczególności w tych specjalnościach, w których najczęściej hospitalizowani są tacy pacjenci. Nie wyklucza to oczywiście organizacji różnego rodzaju szkoleń z tej tematyki, w tym e-learningowych, ale jednoczesna i powszechna dostępność w internecie do

rekomendacji wydawanych przez europejskie, czy polskie towarzystwa naukowe daje bieżącą możliwość uzupełnienia wiedzy przez lekarzy mających bezpośredni kontakt z pacjentami z sepsą.

5. Czy Ministerstwo Zdrowia planuje powołać ekspercki zespół ds. sepsy? Jeśli tak, kiedy?

Na obecnym etapie nie planuje się powołania eksperckiego zespołu ds. sepsy.

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