



DLF.050.49.2024.DP
Warszawa, 15 października 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 4874 Pana Dariusza Mateckiego, Posła na Sejm RP z dnia 25 września 2024 r. w sprawie braku finansowania ponadlimitowego leczenia oraz ograniczonego dostępu do specjalistów, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Jakie działania podejmuje Ministerstwo Zdrowia w celu zapewnienia finansowania ponadlimitowego leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia? Czy istnieją plany zwiększenia środków na ten cel, aby zapobiec dalszemu ograniczaniu dostępności do specjalistów i zabiegów? oraz

Jakie kroki zamierza podjąć Ministerstwo, aby zapewnić pacjentom dostęp do niezbędnego leczenia specjalistycznego, mimo braku środków na ponadlimitowe świadczenia? Czy rozważane jest wprowadzenie rozwiązań tymczasowych lub alternatywnych źródeł finansowania, które zapobiegą opóźnieniom w diagnostyce i leczeniu?

Finansowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;

- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.), zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 tejże ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

Jednocześnie należy wskazać, że NFZ ma obowiązek pokrycia wszystkich świadczeń nielimitowanych, a ich finansowanie odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym szczegółowymi warunkami zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi w sytuacji, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w tychże zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Ponadto zgodnie z zapewnieniami NFZ, w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Ponadto należy wskazać, że 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. Wykorzystując powyższe środki, zgodnie z informacją Centrali NFZ, dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ rozliczyli i sfinansowali świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w 2023 r. ponad limit umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości 3 mld złotych, z przeznaczeniem na konkretne obszary świadczeń, m.in.:

- leczenie onkologiczne i diagnostykę onkologiczną dzieci i dorosłych;
- psychiatrię dziecięcą;
- leczenie i diagnostykę chorób rzadkich dzieci.

Decyzją Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w Nielimitowanych zakresach świadczeń:

- 1) pierwsza transza środków na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. w kwocie 1 246 mln zł została przeznaczona na zwiększenie kosztów świadczeń w oddziałach wojewódzkich NFZ w celu sfinansowania nadwykonań w Nielimitowanych zakresach świadczeń za I kw. 2024 r.;
- 2) w dniu 13 września 2024 r., do NFZ zostały przekazane zwiększone środki w łącznej wysokości 1 648,65 mln zł, które zostały przeznaczone na sfinansowanie nadwykonań za I półrocze 2024 r. w zakresach Nielimitowanych.

Mając na uwadze przepis art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotował na zlecenie Ministra Zdrowia rekomendację Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji rekomendację w najkorzystniejszym dla świadczeniodawców wariancie nr 3, tj. uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy 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. z 2022 r., poz. 2139) oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz 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 związku z powyższym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej implementujące wariant nr 3 rekomendacji Prezesa AOTMiT.

W efekcie powyższego procesu aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półrocze 2024 r. o 7 856 969 981,23 zł. Niezależnie od powyższego pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia nieustannie podejmują działania umożliwiające finansowanie świadczeń ponadlimitowych, natomiast jeśli nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d ustawy o świadczeniach, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.

Czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie mechanizmów, które zapobiegną ograniczaniu dostępu do specjalistów takich jak kardiolodzy, ortopedzi, czy onkolodzy, a także przesuwaniu zaplanowanych operacji na przyszły rok? Jeśli tak, jakie są to mechanizmy i kiedy zostaną wdrożone?

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

Planowane jest 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.

Jednocześnie pragnę wskazać, że wprowadzenie opieki koordynowanej (OK) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) powoduje wymierną poprawę jakości opieki zdrowotnej, zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych z określonych dziedzin medycyny. W konsekwencji niejednokrotnie pozwala na zapewnienie odpowiednich świadczeń na poziomie POZ bez konieczności kierowania pacjenta do leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej lub leczenia szpitalnego.

Stały rozwój OK stanowi obecnie jeden z priorytetów Ministerstwa Zdrowia. Jej wprowadzenie pozwoliło na szybsze, skuteczniejsze diagnozowanie i leczenie chorób przewlekłych oraz ułatwienie dostępu do wybranych specjalistów. Opieka koordynowana wciąż ewoluuje i planuje się podejmowanie prac celem dalszego zwiększenia zakresu dostępnych świadczeń.

Obecnie OK jest nakierowana na poprawę sytuacji pacjentów 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 wizyt kompleksowych z opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Powyższy katalog dostępnych badań poprawia i ułatwia opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle, a także ułatwia prowadzenie edukacji zdrowotnej realizowanej w formie porad edukacyjnych, co przyczynia się do poprawy, jakości opieki nad pacjentami chorymi przewlekle. Ponadto OK umożliwia przeprowadzenie świadczeń dietetycznych realizowanych w formie porad dietetycznych udzielanych przez dietetyków, co stanowi istotne wsparcie dla pacjentów chorych przewlekle m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy oraz kształtuje prozdrowotne nawyki żywieniowe.

Opieka koordynowana obejmuje świadczenia, konsultacje oraz porady:

- 1) Konsultacje w ramach OK
 - konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz POZ - lekarz specjalista)
 - konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)
 - konsultacja dietetyczna
- 2) Porady w ramach OK
 - porada edukacyjna
 - porada kompleksowa

Wprowadzenie OK w POZ poszerza listę badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz rodzinny, m.in. o:

- pakiet badań tarczycowych: antyTPO, antyTSHR, antyTG
- EKG wysiłkowe
- Holter EKG (24, 48, 72 godz.)
- USG Doppler naczyń kończyn dolnych
- ECHO serca.

Szczegółowy wykaz świadczenia w ramach OK obejmuje:

- albuminuria (stężenie albumin w moczu)
- UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)
- antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
- antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
- antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).
- EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)
- Holter EKG (24, 48, 72 - godzinna rejestracja EKG)
- Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
- USG Doppler tętnic szyjnych, żył obu kończyn dolnych, tętnic obu kończyn dolnych
- ECHO serca przezklatkowe
- Spirometria (wraz z próbą rozkurczową)

W ramach realizacji zadań opieki koordynowanej wprowadzono funkcję koordynatora, który uczestniczy w ww. procesach i wspiera pacjentów w zakresie m.in. ustalania terminów badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, przekazywania informacji o kolejnych etapach terapii oraz dbanie o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

Obecnie planuje się podjęcie prac polegających na poszerzeniu istniejących świadczeń o dodatkowe elementy umożliwiające diagnozowanie i leczenie kolejnych schorzeń. Planowane jest także dalsze wspieranie podmiotów leczniczych, które przystąpiły do OK oraz pozyskiwanie nowych świadczeniodawców, bowiem, co należy podkreślić, poszerzenie przez podmioty lecznicze dostępnych świadczeń o tę formę zintegrowanej opieki opiera się na zasadzie dobrowolności. Podejmowane są dalsze kroki o charakterze premiującym, by przekonać coraz więcej placówek medycznych do przystąpienia do OK.

Należy zauważyć, iż według danych na dzień 29.03.2024 r. w skali kraju podpisano 1 997 umów na realizację OK, co stanowi 33% ogółu zawartych umów w zakresie POZ. Objęto tym samym populację 2 941 755 pacjentów poniżej 18 r. ż., oraz 11 388 662 pacjentów dorosłych, co stanowi łącznie 42% ogółu populacji objętej POZ.

Obecnie liczba zawartych umów w ramach OK wzrosła - według danych na dzień 24 września 2024 r. w skali kraju podpisano 2 272 umów na realizację OK (przy 2 841 wniosków),

co stanowi 37% ogółu zawartych umów w zakresie POZ. Objęto tym samym populację 3 387 819 pacjentów poniżej 18 r. ż., oraz 12 986 393 pacjentów dorosłych, co stanowi łącznie 48% ogółu populacji objętej POZ.

Należy pamiętać, że opieka koordynowana oraz programy profilaktyczne mają na celu zintegrowanie opieki zdrowotnej nad pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej, wzrost efektywności podejmowanych działań na rzecz poprawy zdrowia pacjenta i poprawę jakości udzielanych świadczeń, co pozwala na osiągnięcie efektu zdrowotnego już na tym poziomie, bez konieczności kierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego.

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