



DLF.050.77.2024.SK  
Warszawa, 26 listopada 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w związku z interpelacją z Pana Andrzeja Adamczyka (nr 5844), Pośta na Sejm RP, z dnia 4 listopada 2024 r., w sprawie dramatycznej sytuacji pacjentów, których leczenie onkologiczne zostało wstrzymane z powodu braku środków finansowych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji, odnoszących się do pytań i wniosków Pana Pośta.

1. Ile przypadków wstrzymania leczenia onkologicznego z powodu braku środków finansowych odnotowano w bieżącym roku w całej Polsce oraz w poszczególnych województwach?
2. Ile przypadków dotyczy pacjentów posiadających kartę DILO, którzy mają zagwarantowany dostęp do szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego?
3. Czy istnieją plany na zapewnienie dodatkowego finansowania dla placówek medycznych, które borykają się z brakiem środków na leczenie onkologiczne w ostatnich miesiącach roku?
4. Kiedy można spodziewać się uwolnienia dodatkowych funduszy na leczenie onkologiczne, tak aby pacjenci mogli kontynuować swoje leczenie bez dalszych opóźnień?
5. Jakie działania planuje Pani Minister podjąć w celu zapobieżenia podobnym sytuacjom w przyszłości, kiedy to brakuje pieniędzy na leczenie nowotworów przed zakończeniem roku budżetowego?
6. Czy Ministerstwo Zdrowia przeprowadzało analizy dotyczące wpływu opóźnień w leczeniu onkologicznym na rokowania pacjentów oraz na liczbę zgonów związanych z rakiem? Jeśli tak, to jakie są wyniki tych analiz?
7. Jakie konkretnie działania zostały podjęte w celu zwiększenia finansowania leczenia onkologicznego w Polsce, zgodnie z obietnicami wyborczymi Platformy Obywatelskiej, Lewicy oraz Trzeciej Drogi?
8. Czy sytuacja, w której szpitale odmawiają leczenia pacjentów z powodu braku funduszy, jest zgodna z polityką zdrowotną i etycznymi standardami przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia?
9. Jakie są plany dotyczące poprawy dostępności do leczenia onkologicznego na przyszły rok? Czy budżet na rok 2025 przewiduje zwiększenie środków na leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi?
10. Czy Ministerstwo Zdrowia posiada dane dotyczące liczby pacjentów onkologicznych, którzy zmuszeni są do opóźniania leczenia z powodu braku miejsc lub środków w placówkach medycznych? Jeśli tak, to jakie działania zostaną podjęte w celu rozwiązania tego problemu?
11. Jakie były dochody oraz wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w latach 2023

i 2024, a także jakie są prognozy na rok 2025? Czy Ministerstwo Zdrowia planuje zwiększenie nakładów na leczenie onkologiczne w budżecie NFZ na przyszły rok?

**12. W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia zamierza zagwarantować, że dostęp do leczenia onkologicznego będzie odpowiednio finansowany w perspektywie długoterminowej, aby uniknąć sytuacji, w której pacjenci będą zmuszeni do opóźniania leczenia z powodu braku środków?**

Na wstępie uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.), Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych. Powyższe ma bezpośredni wpływ na fakt, iż wartość finansowanych w danym roku świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 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.).

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2024 został sporządzony zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych i w dniu 29 września 2023 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów. Ujęte w zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ (poz. B planu finansowego) wynosiły 166 168 207 tys. zł. W wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ (poz. B planu finansowego) zostały zwiększone łącznie o 21 570 730 tys. zł do poziomu 187 738 937 tys. zł.

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

- art. 132 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach, 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 o świadczeniach, 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.

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 między innymi 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.

Aktualnie w oddziałach wojewódzkich NFZ prowadzone są prace mające na celu weryfikację możliwości rozliczenia nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za III kw. 2024 r. w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Natomiast weryfikacja możliwości rozliczenia w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za IV kw. 2024 r. zostanie przeprowadzona po sprawozdaniu przez świadczeniodawców przedmiotowych świadczeń udzielonych w IV kw. 2024 r.

Mając na uwadze ograniczone środki finansowe NFZ rozliczanie nadwykonań w limitowanych zakresach świadczeń w trakcie 2024 r. dokonywane jest przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach środków zaangażowanych w umowy o działanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez alokację środków z zakresów świadczeń, których odnotowano niewykonania do zakresów świadczeń w których odnotowano nadwykonania. Ostateczne rozliczenie świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r. będzie zrealizowane w terminie określonym w przepisie § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w terminie do 45 dni od dnia upływu okresu rozliczeniowego.

W odniesieniu do pytań o liczbę przypadków wstrzymania leczenia onkologicznego pacjentów z powodu braku środków finansowych, w tym dotyczących pacjentów posiadających kartę DiLO, informuję, że zgodnie z przepisami § 9 rozporządzenia Ministra

Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

Zatem zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczeniodawca jest zobowiązany udzielać świadczeń zgodnie z harmonogramem określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda przerwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej musi zostać zgłoszona do Funduszu, wraz ze wskazaniem sposobu zapewnienia dostępu do świadczeń pacjentom danego podmiotu leczniczego. Nie ma zatem prawnej możliwości przerwania lub zaniechania leczenia onkologicznego u poszczególnych pacjentów ze względu na problemy konkretnych podmiotów leczniczych, przy czym możliwe jest, że w przypadku (np. trudności z zatrudnieniem odpowiedniej kadry medycznej w skutek złożenia wypowiedzenia przez dotychczasowych pracowników) pacjenci zostaną przekazani pod opiekę innego podmiotu leczniczego. Natomiast w przypadku podejrzenia ograniczenia dostępności do świadczeń Prezes Funduszu jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawcy bez uprzedniego zawiadomienia. Jeśli natomiast pacjent spotyka się z taką sytuacją wskazać należy, że wszelkie trudności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej pacjenci mogą zgłaszać do oddziałów wojewódzkich Funduszu, które w razie trudności w dostępie do świadczeń w dotychczasowym podmiocie leczniczym wskażą pacjentom świadczeniodawców, którzy realizują analogiczne świadczenia opieki zdrowotnej na terenie danego województwa. Natomiast w takiej sytuacji w odniesieniu do świadczeniodawcy, który przerywa udzielanie świadczeń w stanie zagrożenia życia podjęto zostaną przewidziane prawem działania.

Jednocześnie informuję, że zgodnie z wyjaśnieniami Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (Małopolski OW NFZ), Uniwersytecki Szpital w Krakowie nie wstrzymuje, ani nie przerywa leczenia realizowanego na rzecz pacjentów posiadających kartę DILO (świadczenia diagnostyczne oraz hospitalizacje), jeśli aktualny stan zdrowia pacjenta tego nie wymaga.

Ponadto Małopolski OW NFZ wskazał, że od początku 2024 r. (wg stanu na dzień 12.11.2024), ww. podmiot otrzymał zwiększenie z tytułu zrealizowanych świadczeń onkologicznych w ramach:

- oddziałów szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – około 70,8 mln zł,
- programów lekowych – około 21,6 mln,
- chemioterapii – około 8,4 mln zł.

Łączne zwiększenie środków finansowych jakie Małopolski OW NFZ przekazał świadczeniodawcy - Szpitalowi Uniwersyteckiemu w Krakowie, na pokrycie realizacji świadczeń onkologicznych wyniosło ponad 100 mln zł.

Małopolski OW NFZ podkreślił również, że traktuje priorytetowo wszystkie zakresy świadczeń o charakterze onkologicznym i stara się cyklicznie finansować powstające nadwykonania z uwzględnieniem możliwości finansowych ujętych w planie finansowym Małopolskiego OW NFZ w Krakowie.

Niezależnie od powyższego pragnę poinformować, że 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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.

Zgodnie z powyższym, decyzją Minister Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń, przy czym łączne zwiększenie środków przeznaczonych na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. wyniosło dotychczas blisko 4 mld zł. Ponadto, zidentyfikowane w części 83 – Rezerwy celowe naturalne oszczędności powstałe w związku z upływem ustawowego terminu ich podziału, pozwoliły na przekierowanie tych środków do części 46 – Zdrowie i zwiększenie planu wydatków w tej części o 1,2 mld zł z przeznaczeniem na dotację podmiotową dla Narodowego Funduszu Zdrowia, umożliwiającą dalsze sfinansowanie nadwykonań za III kwartał 2024 r.

Mając na względzie powyższe wyjaśnienia pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia nieustannie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej świadczeniodawców.

Odnosząc się natomiast do pytania **Jakie są plany dotyczące poprawy dostępności do leczenia onkologicznego na przyszły rok?**, uprzejmie informuję, że wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), na podstawie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. ma na celu osiągnięcie jak najlepszej organizacji opieki onkologicznej w Polsce, w szczególności zapewnienie poprawy jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także wzrostu poziomu satysfakcji pacjenta i optymalizacji kosztów opieki onkologicznej.

KSO została utworzona na podstawie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (tj. Dz. U. 2024 r., poz. 1208). Sieć to nowa struktura organizacyjna i nowy model zarządzania opieką onkologiczną, które usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii. Strukturę KSO tworzą Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO) na trzech poziomach. Najbardziej skomplikowane świadczenia medyczne realizowane na najwyższym wysokospecjalistycznym poziomie – w SOLO III, złożone - w SOLO II, a podstawowe - w SOLO I.

KSO ma zapewnić, aby nie pominięto żadnego z etapów opieki onkologicznej, a ich realizacja przebiegała według ściśle określonych standardów, przy współpracy specjalistów różnych dziedzin medycyny. Priorytetem w tym zakresie jest, aby każdy pacjent, niezależnie od miejsca zamieszkania otrzymywał opiekę onkologiczną opartą o jednakowe standardy diagnostyczno - terapeutyczne, czyli jednolicie zdefiniowane ścieżki pacjenta, a system elastycznie odpowiadał na ich potrzeby. Oczekiwany efektem wprowadzenia KSO jest poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej.

W lipcu br. Prezes NFZ przeprowadził kwalifikację podmiotów leczniczych do KSO. Liczba podmiotów zakwalifikowanych do KSO (stan na 2.10.2024 r.):

Razem SOLO – 271, w tym:

- SOLO I – 170,
- SOLO II – 74,
- SOLO III – 27,

Ośrodki Kooperacyjne – 3621.

Szpitala, które nie zostały zakwalifikowane na poszczególne poziomy KSO, do 1 kwietnia 2025 r. mają możliwość realizacji wszystkich świadczeń onkologicznych – pacjenci nie będą mieli ograniczonej opieki. Co 2 lata będzie prowadzona weryfikacja spełniania kryteriów warunkujących przynależność do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej oraz weryfikacja spełniania odpowiedniego poziomu wskaźników jakości opieki onkologicznej.

W ramach KSO opracowywane są kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej, dotyczące organizacji i postępowania klinicznego dla poszczególnych jednostek chorobowych lub dziedzin medycyny w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mając na względzie ujednolicenie postępowania w praktyce klinicznej i poprawę jakości tej opieki. Kluczowe zalecenia stanowią standaryzację opieki onkologicznej – wprowadzenie „ścieżek pacjenta” dla najważniejszych nowotworów – wydane w formie obwieszczeń Ministra Zdrowia jako kluczowe zalecenia. Na dzień 24.10.2024 r. wydano 14 obwieszczeń (obejmujących 18 ścieżek pacjenta). Standardy te obligują wszystkie podmioty zakwalifikowane do KSO do zapewnienia pacjentom takiego samego procesu opieki medycznej, zgodnego z aktualnymi i najlepszymi standardami europejskimi.

Ustawa o KSO określa między innymi zasady i sposób monitorowania jakości opieki onkologicznej. Monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach KSO prowadzą:

- Krajowy Ośrodek Monitorujący (KOM) - funkcję KOM pełni Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie (NIO-PIB wskazany na KOM w ustawie o KSO);

- Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące (WOM) - funkcję WOM pełni SOLO III poziomu w danym województwie, który posiada największy procentowy udział zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w województwie w obszarach: leczenie zabiegowe chirurgiczne, chemioterapia i inne metody leczenia systemowego, radioterapia onkologiczna), w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń z tego zakresu na terenie danego województwa przez SOLO III poziomu.

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