



Minister  
Zdrowia



DLG.050.114.2024  
Warszawa, 21 stycznia 2025

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 6548 w sprawie poprawy wyceny świadczeń medycznych, złożoną przez Pana Posła Krzysztofa Piątkowskiego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Publicznych z dnia 27 sierpnia 2023 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 1285, z późn.zm.), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) 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.

Świadczenia do Planu Taryfikacji wybierane są w oparciu o analizę czynników takich jak: poziom realizacji, istotność wydatków w budżecie płatnika, istotność z punktu widzenia zdrowia publicznego, liczba osób oczekujących oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, z uwzględnieniem głosów środowiska oraz priorytetów polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia. Wskazane jest, aby analizie poddawane były całe obszary (dziedziny) świadczeń. Na 2025 r. zaplanowana jest taryfikacja następujących świadczeń: \_\_\_\_\_

- z zakresu świadczeń gwarantowanych zgodnie z rozporządzeniem 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.):
  - świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu,
  - świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi,
  - świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze wybranych świadczeń towarzyszących oraz ryczałtów diagnostycznych do nieonkologicznych programów lekowych, zgodnie z aktualnym obwieszczeniem Ministra Zdrowia wydawanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826 z późn. zm.).
- z zakresu świadczeń gwarantowanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.):
  - świadczenia w obszarze: choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu,
  - świadczenia w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi,
  - świadczenia wymienione w załączniku nr 5 do rozporządzenia, w obszarze leczenia insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej, dzieci i dorosłych do ukończenia 26 r.ż., realizowane w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
- z zakresu świadczeń gwarantowanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285, z późn. zm.):
  - świadczenia wymienione w załączniku nr 6 do rozporządzenia, w obszarze świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia,
  - świadczenia wymienione w załączniku nr 6 do rozporządzenia, w obszarze program terapii zaburzeń preferencji seksualnych.

Ponadto w obszarze psychiatrii realizowane są obecnie prace dotyczące wdrożenia nowej wyceny świadczenia gwarantowanego - Leczenie elektrowstrząsami (EW) chorych z zaburzeniami psychicznymi ze wskazań życiowych. Świadczenie realizowane jest w ramach ww. rozporządzenia z dnia 19 czerwca 2019 r., przedmiotowe zmiany zaś planowane są w roku 2025.

Uwzględniając zakres prac AOTMiT nad weryfikacją poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że Minister Zdrowia w uzasadnionych przypadkach na bieżąco reaguje na wnioski zgłaszane przez organizacje pracodawców, czy podmioty

lecnicze, celem wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wycenach świadczeń i ich ponownej weryfikacji oraz ewentualnej zmiany przez AOTMiT, chociażby w oparciu o nowe schematy leczenia jeśli wynika to z przedstawionych przesłanek.

Wskazane wyżej działania mają za zadanie przełożyć się m.in. na poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Należy przy tym zaznaczyć, że wycena świadczeń to tylko fragment całości podejmowanych działań mających na celu poprawę dostępności świadczeń medycznych dla pacjentów oraz skrócenie czasu oczekiwania do specjalistów. Stale podejmowane i planowane są dalsze działania uwzględniające ten cel, czego istotnym przykładem są trwające obecnie prace związane z realizacją reformy szpitalnictwa i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zmierzające do wypracowania mechanizmów umożliwiających stworzenie nowych warunków prawno - organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń. Oczekiwany wynikiem prowadzonych prac będzie zmiana struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego, a jednocześnie koszty opieki powinny zostać zredukowane poprzez wyeliminowanie bodźców do wykonania badań diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych. Zwiększy się też dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Od 1 lipca 2021 r. wszystkie obowiązujące limity w zakresie finansowania przez NFZ porad lekarzy specjalistów zostały zniesione. Tym samym świadczeniodawcy uzyskali gwarancję, że otrzymają wynagrodzenie za każde udzielone świadczenie, co stanowi finansową zachętę do zwiększania liczby udzielanych porad pacjentom już objętych opieką, jak i do obejmowania opieką nowych - bez ryzyka poniesienia strat w przypadku przekroczenia limitu. Ponadto trwają analizy dotyczące zmiany sposobu rozliczania świadczeń w przypadku wielokrotnych porad udzielanych temu samemu pacjentowi oraz w zakresie minimalnego wymaganego poziomu realizacji świadczeń pierwszorazowych.

Jednocześnie planowany jest dalszy rozwój opieki koordynowanej w POZ. Objęcie pacjenta opieką koordynowaną umożliwi lekarzowi rodzinnemu zlecenie pacjentom badań diagnostycznych, które do tej pory były zarezerwowane dla lekarza specjalisty oraz zapewnienie wybranych konsultacji specjalistycznych bez konieczności kierowania go do poradni specjalistycznych. Zwiększenie dostępu do świadczeń właściwych dla opieki specjalisty z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej zmniejsza obciążenie poradni specjalistycznych i przekłada się na skrócenie czasów oczekiwania. Liczba zawieranych umów w ramach opieki koordynowanej stale rośnie - według danych na dzień 24 września 2024 r. w skali kraju podpisano 2 272 takich umów, co stanowi 37 % ogółu zawartych umów

w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Objęto tym samym łącznie 48 % ogółu populacji objętej podstawową opieką zdrowotną.

Ponadto od 1 kwietnia br. zostały zniesione limity dla świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, a 1 lipca przyznano dodatkowe środki - 213,07 mln zł w taryfach świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Planowane są zmiany koszyka świadczeń gwarantowanych, w zakresie kryteriów kwalifikacji pacjentów, w tym również w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia stale analizuje warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w kontekście liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, które chcą realizować świadczenia finansowane ze środków publicznych z jednoczesnym zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń. Ponadto mając na uwadze, że czynnikiem ograniczającym dostępność do świadczeń specjalistycznych jest również ograniczony zasób lekarzy specjalistów, Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy mające na celu potwierdzenie zasadności poszerzania zakresu personelu uprawnionego do udzielania poszczególnych świadczeń, co powinno spowodować zwiększenie liczby udzielanych świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Ministerstwo Zdrowia planuje również zapewnienie większego dostępu do poradni specjalistycznych, poprzez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w ramach AOS oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie AOS w ponadregionalnych podmiotach leczniczych (dla których organem założycielskim lub prowadzącym jest minister lub wojewoda).

Skuteczność wprowadzanych zmian ocenia się głównie poprzez obserwację systemu opieki zdrowotnej w obszarach, na które zmiany te oddziałują.

Odnosząc się do kwestii uwzględnienia zdania przedstawicieli środowiska medycznego w dalszych działaniach związanych z wyceną świadczeń należy wskazać, że świadczeniodawcy udostępniają dane niezbędne do określenia taryfy świadczeń na wniosek Prezesa AOTMiT. AOTMiT współpracuje długofalowo z podmiotami, które zostały dotychczas wyłonione w przeprowadzonych postępowaniach, mogącymi zapewnić największą kompletność i najlepszą jakość danych. W gronie tych świadczeniodawców znajdują się podmioty małe, średnie oraz duże. Taka struktura doboru świadczeniodawców ma na celu zapewnienie pozyskania danych od podmiotów realizujących jak najbardziej różnorodnie świadczenia, na wielu poziomach referencyjności, reprezentujących jak najbardziej różnorodny poziom kosztów. Dokonany wybór nie wyklucza możliwości poszerzenia liczby świadczeniodawców o kolejne jednostki, które zadeklarują chęć takiej współpracy.

W kwestii wsparcia finansowego dla placówek medycznych uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz AOTMiT, systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. W 2024 r. zostały podjęte następujące działania:

- Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ rozliczyli i sfinansowali świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w 2023 r. ponad limit umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zabezpieczono w tym celu środki finansowe w kwocie 2 237 597 tys. zł;
- 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.
- Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej implementujące wariant nr 3 rekomendacji Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W efekcie niniejszego 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.
- Decyzją Minister Zdrowia, NFZ otrzymał wyższą dotację celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń - 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 NFZ, umożliwiającą dalsze sfinansowanie nadwykonań za III kwartał 2024 r.

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