



DLU.055.26.2024.MG
Warszawa, 27 czerwca 2024

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z dnia 1 maja 2024 r., znak 394/2024, nadesłaną w celu podjęcia kroków w interesie publicznym tj. udoskonalenia bądź poprawy stanu prawnego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do pkt 1 i 2 poruszanych zagadnień zawierających postulaty aby Narodowy Fundusz Zdrowia płacił za każde schorzenie diagnozowane i leczenie podczas AOS, POZ i pobytu w szpitalu, a nie za tylko jedno bez przyczyn dodatkowych (współistniejących) oraz aby NFZ płacił za zabieg operacyjny za każdą procedurę bez względu na to czy podczas jednego znieczulenia dokonano 1 operacji czy więcej operacji (świadczeń), proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), leczenie szpitalne (LSZ), osobom ubezpieczonym w oparciu m. in. o przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwaną dalej „ustawą o świadczeniach” oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zwanego dalej „NFZ”, a także ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r (Dz. U. 2023 r. poz. 991, z późn.zm.).

Wyraźnie należy podkreślić, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2021 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r. poz. 1194) świadczeniodawca jest zobowiązany udzielać świadczeń pacjentom z zachowaniem należytej staranności. Lekarz ma obowiązek sprawować opiekę nad pacjentem zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanem zdrowia pacjenta. Takie prowadzenie opieki nad pacjentem związane jest z tym, że lekarz sprawuje całościową opiekę nad pacjentem: od zlecenia niezbędnych badań, poprzez ich interpretację, ustalenie na ich podstawie diagnozy i zaordynowanie leczenia, a później kontroli efektów zleconego leczenia, a zatem zobowiązany jest do udzielania świadczeń kompleksowo.

Odnosząc się do kwestii finansowania świadczeń POZ, to na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427, z późn. zm.) - Prezes NFZ w zarządzeniu Nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm.), określił warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Zgodnie z nimi przyjęto do celów rozliczania ww. świadczeń:

- kapitałową stawkę roczną – dla świadczeń w zakresie POZ udzielanych w ramach gotowości lekarza, pielęgniarstwa, położnej, jednostki transportu sanitarnego oraz

koordynacji opieki. W przypadku świadczeń lekarza POZ, stawka kapitacyjna obejmuje kwotę przeznaczoną na pokrycie kosztów wynikających z realizacji art. 14 ust 1. pkt 1 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej oraz badań diagnostycznych zapewnianych przez lekarza POZ w procesie udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy,

- wartość jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia, ryczałtu lub przewozu) w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Odnosząc się do kwestii finansowania świadczeń AOS, należy wskazać, że rozliczanie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odbywa się na zasadach uśrednionego kosztu zrealizowanej porady wraz z wykonanymi i ocenionymi wynikami badań, co oznacza, że wycena poszczególnych grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych uwzględnia udział procentowy porad z pojedynczymi procedurami, kilkoma tej samej procedury lub różnych zgodnie, co stanowi, że w przyjętym modelu finansowania świadczeń/ porad w rodzaju AOS nie stosuje się rozliczania fee-for-service, aczkolwiek należy podkreślić, że w przypadku wykonania kilku procedur/ badań diagnostycznych zgodnie z algorytmem charakterystyki grup, świadczeniodawca może wskazać grupę najlepiej wycenioną. Koszty poniesione przez świadczeniodawcę na diagnostykę i leczenie pacjentów są co do zasady zryczałtowane w wartości grupy, a wartość poszczególnych grup to iloczyn ustalonej wartości punktowej oraz ceny jednostkowej za punkt. Ponadto koszt udzielonej porady (grupy) rozliczany jest z uwzględnieniem odpowiednich współczynników korygujących zgodnie z przepisami zarządzenia nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z późn.zm.), oraz zgodnie z obowiązującą w danym okresie wartością punktu rozliczeniowego.

Odnosząc się do finansowania świadczeń w leczeniu szpitalnym w ramach oddziałów, odbywa się ono na podstawie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), za całą hospitalizację, tj. od dnia przyjęcia do dnia wypisu lub zgonu chorego. System JGP polega na kwalifikowaniu zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. W przypadku udzielenia kilku świadczeń w ramach jednej hospitalizacji zgodnie z algorytmem JGP, świadczeniodawca może wskazać grupę najlepiej wycenioną. Niezależnie od wskazania do rozliczenia grupy o najwyższej wartości punktowej, dopuszcza się wykazanie do rozliczenia produktów z katalogu produktów do sumowania albo produktów z katalogu radioterapii, określonych w załącznikach nr 1c i nr 1d do zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn.zm.). Ponadto w przypadku poniesionych wysokich (niestandardowych) kosztów hospitalizacji świadczeniodawca ma możliwość zastosowania trybu indywidualnego rozliczenia świadczenia za zgodą płatnika, którego istotą jest umożliwienie rozliczenia świadczeniodawcom hospitalizacji generujących wysokie koszty, w tym koszty wyrobu medycznego, które znacząco przewyższają rozliczane w ramach grupy. Zasady i kryteria jakie należy spełnić określa zarządzenie nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ. Koszty poniesione przez świadczeniodawcę na diagnostykę i leczenie pacjentów są co do zasady zryczałtowane w wartości grupy. Wartość poszczególnych JGP to iloczyn ustalonej wartości punktowej oraz ceny jednostkowej za punkt. Koszt udzielonego świadczenia uzależniony jest od rodzaju umowy zawartej przez świadczeniodawcę i rozliczany jest z uwzględnieniem odpowiednich współczynników korygujących zgodnie z przepisami zarządzeniem Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ oraz zgodnie z obowiązującą w danym okresie wartością punktu rozliczeniowego.

Odnosząc się do proponowanych w pkt 3 petycji zmian polegających na zniesieniu obowiązku dostarczania przez świadczeniobiorców nowych skierowań w przypadku upływu terminu 730 dni od ostatniej wizyty u specjalisty, zakończenia leczenia lub wystąpienia nowej przyczyny choroby, uprzejmie informuję, że nie jest planowane wprowadzenie zmian do obecnie przyjętych rozwiązań.

W § 2 ust. 1 pkt 21 zarządzenia nr 57/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z późn.zm.) została podana definicja pacjenta pierwszorazowego. Zgodnie z nią jest to świadczeniobiorca, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie. Podkreślić należy, iż zasada ta dotyczy wyłącznie kwestii rozliczenia świadczeń pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem publicznym i dotyczy wybranych dziedzin medycyny. Skierowanie do poradni specjalistycznej ważne jest tak długo, jak długo utrzymuje się problem zdrowotny będący przyczyną wydania skierowania, a lekarz specjalista nie zakończył leczenia u pacjenta w tym zakresie.

Pacjent będący pod stałą opieką poradni specjalistycznej kolejne porady wynikające z ustalonego planu leczenia ma realizowane oczywiście na podstawie pierwotnego skierowania, na którym wskazano rozpoznanie stanowiące przyczynę skierowania do poradni specjalistycznej. W sytuacji, gdy u tego pacjenta pojawia się nowy problem zdrowotny nie związany przyczynowo z dotychczasową chorobą to pacjent musi posiadać nowe skierowanie, oczywiście jeżeli lekarz ubezpieczenia zdrowotnego (np. lekarz POZ) uzna to za zasadne.

Należy pamiętać, że podstawą skierowania do poradni specjalistycznej jest fakt, że postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne wykracza poza zakres kompetencji lekarza POZ (lekarza rodzinnego). To w gestii lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pozostaje merytoryczna, medyczna ocena zasadności skierowania do poradni specjalistycznej. Lekarz wystawiający skierowanie podejmuje zatem decyzję o tym, czy pacjent z nową chorobą/schorzeniem z tej samej dziedziny medycznej także wymaga opieki specjalistycznej czy też może być prowadzony przez lekarza rodzinnego.

W przypadku konieczności ponownego objęcia pacjenta leczeniem przez lekarza specjalistę, po uprzednio zakończonym leczeniu (nawet w tej samej dziedzinie medycyny) niezbędne jest wystawienie pacjentowi nowego skierowania zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

Reasumując, skierowanie do lekarza specjalisty jest niezbędne przy pierwszej wizycie.

Podczas pierwszej wizyty specjalista zadecyduje o tym, czy wystarczy jednorazowa konsultacja, czy też konieczne jest objęcie pacjenta opieką specjalistyczną.

Jeżeli pacjent zostanie objęty leczeniem specjalistycznym, to do czasu jego zakończenia nie ma obowiązku cyklicznego odnawiania skierowania. W przypadku nieobecności lekarza, pacjent powinien zostać poinformowany o sposobie zorganizowania opieki specjalistycznej w tym okresie. Informacja taka powinna zostać udostępniona w miejscu udzielania świadczeń, a także w siedzibie świadczeniodawcy. Aktualizacja skierowania do leczenia specjalistycznego jest konieczna w sytuacji, gdy przez ostatnie 730 dni pacjent nie podjął leczenia. Nowe skierowanie konieczne jest również, gdy zmieniła się przyczyna jego wystawienia, która była podana we wcześniejszym skierowaniu.

Odnosząc się do proponowanych w pkt 4 petycji zmian w zakresie organizacji placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), polegających m.in. na ustaleniu podziału zadań między lekarzy udzielających świadczeń, w ten sposób, że jeden z nich realizuje wizyty domowe, inny analizuje tylko wyniki badań, inny wreszcie powtarza recepty i wypisuje skierowania oraz zaświadczenia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska. Wyjaśniam, że warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w ustawie o świadczeniach, zaś zasady dostępu do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) regulują przepisy ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, z późn. zm.). Dopełnieniem regulacji są akty wykonawcze -

stosowne rozporządzenia Ministra Zdrowia, wydane na podstawie delegacji ustawowej wyrażonej w ww. aktach prawnych.

Uprzejmie informuję, że zgodnie z art. 9 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu POZ, w ramach którego może wybrać lekarza, pielęgniarkę i położną POZ, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu POZ, albo którzy wykonują zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu POZ. W sytuacji zaistnienia problemu zdrowotnego pacjent zgłasza się do lekarza POZ, którego wyboru dokonał na podstawie ww. deklaracji. Obowiązujące w obecnym kształcie przepisy przewidują możliwość wyboru tylko jednego lekarza. Proponowany przez Panią postulat zakłada zaś konieczność udziału co najmniej trzech lekarzy w procesie udzielania świadczeń. Dodatkowo zamieszczona w petycji propozycja znalazłaby zastosowanie jedynie w tych placówkach POZ, w których świadczenia wykonuje kilku lekarzy, i nie objęłaby tych poradni medycyny rodzinnej, w których praktykuje jeden lub dwóch lekarzy, zwłaszcza w mniejszych wiejskich ośrodkach.

Uprzejmie nadmieniam, że osobą odpowiedzialną za prowadzenie procesu diagnostyczno-leczniczego u pacjenta, w tym za kierowanie pacjenta na potrzebne świadczenia zdrowotne, np. badania diagnostyczne, jest lekarz.

To właśnie lekarz dokonuje indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz konieczności wykonania u niego konkretnych badań i ich analizy, wystawiania recept, oraz w razie potrzeby - realizacji wizyt domowych. Jeśli ww. konieczność zachodzi, lekarz realizuje powyższe świadczenia. Zasada ta odnosi się również do częstotliwości wykonywania konkretnych badań, wystawiania recept czy realizacji wizyt domowych. Jedynym kryterium kwalifikacji pacjenta, w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych z danego zakresu, są wskazania medyczne. Ponadto należy zauważyć, iż udział jednego lekarza w całym procesie ma na celu zapewnienie kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedniej dostępności ich realizacji.

Wobec powyższego, proponowaną przez Panią zmianę w zakresie organizacji placówek POZ należy uznać za nieuzasadnioną.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Dzięgielewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/