



Minister Zdrowia

Warszawa, 13 sierpnia 2021

DLU.055.17.2021.AŻ

Szanowny Panie,

w odpowiedzi na Pana petycję z dnia 8 czerwca 2021 r. w sprawie likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie informuję że obecnie nie są planowane zmiany w tym zakresie. Należy podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia przejął od kas chorych funkcję płatnika w publicznym systemie opieki zdrowotnej, co miało służyć zapewnieniu równości w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju.

W celu usprawnienia funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, z późn. zm.), dokonano zmian w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), których wynikiem jest tzw. pionizacja Narodowego Funduszu Zdrowia. Ujednolicono sposób funkcjonowania Funduszu poprzez wprowadzenie zasady, w myśl której dyrektorzy oddziałów wojewódzkich realizują swoje zadania na mocy upoważnienia udzielonego przez Prezesa Funduszu. Dotyczy to w szczególności kompetencji do wydawania decyzji administracyjnych oraz zawierania i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiotowa zmiana ma na celu realizację wspólnych priorytetów zdrowotnych, przy jednoczesnym uwzględnieniu zróżnicowania regionalnego. Niezmiennym pozostał fakt, realizacji zadań związanych z obsługą wszystkich procesów przez oddział wojewódzki. Taki rozwiązanie pozwoli na jeszcze lepsze wykorzystanie dotychczasowego doświadczenia poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w rozwiązywaniu problemów, zarówno świadczeniodawców,

jak i świadczeniobiorców, specyficznych dla danego obszaru. Do czasu oceny wprowadzonych zmian systemowych, nie przewiduje się dalszych zmian odnośnie zasad funkcjonowania płatnika publicznego.

Pragniemy zaznaczyć, że konstrukcja przepisów określających zasady opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oparta jest na tzw. metodzie ubezpieczeniowej. Poprzez składkę zdrowotną bowiem ubezpieczony „wykupuje” prawo do sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku zajścia ryzyka ubezpieczeniowego. Mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oparty na metodzie ubezpieczeniowej funkcjonuje również w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego, z którego finansowane są, np. świadczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe. Mechanizm finansowania świadczeń w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie opiera się, ani na kalkulacji ryzyka, ani też na adekwatności wielkości składki do wysokości kosztów poniesionych w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Taki mechanizm, oparty na zasadzie solidarności społecznej i równym dostępie do świadczeń, właściwy jest dla ubezpieczeń zdrowotnych, opartych na zasadzie obligatoryjnego uczestnictwa w systemie ubezpieczenia oraz na zarządzaniu składką przez publicznego płatnika. Brak odniesienia wielkości obciążenia składkowego wyraża się zarówno w jednakowej stawce składki zdrowotnej dla wszystkich ubezpieczonych (zgodnie z art. 79 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wynosi ona 9 % podstawy wymiaru składki), jak również w zasadzie, że każdorazowe powstanie tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego niesie za sobą obowiązek odprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na zasadzie repartycji, tj. bieżącej dystrybucji środków finansowych zarządzanych przez publicznego płatnika. Bieżące środki wydatkowane są na bieżące potrzeby, niezależnie od tego jaka jest faktyczna wysokość środków odprowadzanych przez ubezpieczonego tytułem składki, i kiedy zaistniała konieczność udzielenia świadczenia. W tym zakresie kryterium decydującym o dystrybucji środków są aktualne potrzeby zdrowotne. Koszty leczenia pacjenta na intensywnej terapii mogą wynieść nawet kilkadziesiąt tysięcy zł za dobę. Tak samo kosztowne jest leczenie pacjentów onkologicznych, gdzie koszty wynoszą również nierzadko ponad 10 tys. zł za podanie specjalistycznego leku. W zeszłym roku na samą refundację leków aptecznych Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył 8,7 mld zł. Kwoty te pokazują, iż w przypadku większości bardziej skomplikowanych jednostek chorobowych, niż wymagających porady podstawowej opieki zdrowotnej, koszt leczenia pacjenta znacznie przekracza sumę nawet wieloletniego odprowadzania składek

zdrowotnych. Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje w najbliższym czasie zmian powyższych zasad systemowych finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do kwestii długiego oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, że Warto zaznaczyć, że pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich którzy udzielają świadczeń w danym zakresie (brak rejonizacji). Jeżeli zatem termin oczekiwania u wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z danego zakresu jest długi, ma Pan prawo wyboru innego świadczeniodawcy, u którego termin oczekiwania będzie krótszy. Wyszukiwarka pierwszych dostępnych terminów u świadczeniodawców z podziałem na poszczególne województwa jest dostępna pod adresem internetowym <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> Informacji w tym zakresie udziela także telefonicznie właściwy miejscowo Oddział Wojewódzki NFZ.

Pragniemy zaznaczyć, że dokumentem potwierdzającym uprawnienia działacza opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowanej z powodów politycznych jest legitymacja zgodna z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie odznaki honorowej i legitymacji dla działaczy opozycji antykomunistycznej lub osób represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. poz. 1602), wydana na wniosek osoby zainteresowanej przez Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych. W przypadku okazania świadczeniodawcy wyżej wskazanego dokumentu, działacze opozycji antykomunistycznej oraz osoby represjonowane z powodów politycznych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo do:

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach (art. 47c),
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 57 ust.2 pkt 10).

Natomiast dysponując legitymacją osoby represjonowanej wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych po 23 kwietnia 2003 r., symbol Rw-52, na podstawie ww. ustawy, dysponent ma prawo do:

- bezpłatnego zaopatrzenia w leki o kategorii dostępności "Rp" lub "Rpz" oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46 ust.1);

- korzystania z bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji (posiadającej prawo wykonywania zawodu medycznego, która na podstawie przepisów dotyczących wykonywania danego zawodu medycznego, jest uprawniona do wystawiania recept), do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust.4 ustawy o refundacji (art. 47 ust.1);
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych bez skierowania (art. 57 ust.2 pkt 10).

Z poważaniem
Z up. Ministra Zdrowia
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora

/dokument podpisany elektronicznie/