GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 18. 02. 14.
nr 665 podpis Benerska

Warszawa, 2014 · 01 · 31

MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-F-070-32935-3/MM/14

Z Gideweica W. Obelnik
SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 18.02.14
nr 978 podpis M

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku!

W związku z oświadczeniem złożonym przez senatorów Stanisława Gorczycę i Jana Michalskiego na 45 posiedzeniu Senatu w dniu 12 grudnia 2013 r. w sprawie *„finansowania przez NFZ świadczeń okulistycznych"*, przesłanym przy piśmie Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 grudnia 2013 r. (znak: BPS/043-45-1946/13), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Pragnę poinformować, że zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast zgodnie z art. 107 ust. 5 do zadań dyrektora OW NFZ należy m.in. efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału oraz zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że planowanie środków na poszczególne zakresy świadczeń w ramach planu finansowego oddziału wojewódzkiego należy do kompetencji dyrektora tego oddziału. Również w zakresie kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu leży, zgodnie z art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych, możliwość dokonywania przesunięć w ramach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym tego oddziału.

Uwzględniając powyższe, w związku z ww. oświadczeniem, Minister Zdrowia wystąpił do NFZ z prośbą o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Z odpowiedzi przekazanej przez NFZ wynika, że wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym NFZ na 2014 rok, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ została zaplanowana na poziomie nie niższym niż w pierwotnym planie finansowym na rok 2013, o którym mowa w art. 121 ust 3 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Uwzględniając utrzymanie w roku 2014 w porównaniu do ww. planu na rok 2013 stałego poziomu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w Oddziałach Wojewódzkich NFZ ogółem, przy utrzymaniu budżetu na zakres okulistyka na poziomie zbliżonym do ubiegłorocznego, obniżenie (tzn. urealnienie) wartości jednostkowego świadczenia stworzy możliwość przeprowadzenia większej liczby zabiegów. Należy jednocześnie zaznaczyć, że plan finansowy NFZ nie zawiera pozycji dotyczących zakresów świadczeń (np. okulistycznych), lecz pozycje dotyczące rodzajów świadczeń (np. AOS, leczenie szpitalne itd.).

Na skrócenie czasu oczekiwania na rozpatrywane świadczenia mają wpływ również inne czynniki (w tym niezależne od działań NFZ), takie jak np. rozmieszczenie i wyposażenie szpitali, liczba lekarzy specjalistów, ich kwalifikacje oraz czas pracy, przyjęte kryteria kwalifikacji do zabiegu, wynegocjowana wartość punktu rozliczeniowego. W poniższej tabeli przedstawiono liczbę świadczeniodawców, którzy w okresie styczeń – sierpień 2013 r. realizowali świadczenia związane z operacyjnym leczeniem zaćmy (grupy B12 – B15), oraz liczbę sprawozdanych świadczeń:

Nazwa rozliczającego OW NFZ	**Liczba świadczeniodawców I-VIII 2013 r. grupy B12-B15**	**Liczba sprawozdanych świadczeń I-VIII 2013 r. grupy B12-B15**	**% sprawozdanych świadczeń I-VIII 2013 r. grupy B12-B15**	**% wartości umowy I-XII 2013 r. – zakres okulistyka**	**% ubezpieczonych 2013**
Śląski	35	18 339	15,7%	15,2%	12%
Mazowiecki	24	15 702	13,4%	15,5%	14%
Wielkopolski	26	10 149	8,7%	7,5%	9%
Dolnośląski	22	9 773	8,4%	9,2%	8%
Łódzki	21	8 344	7,1%	6,8%	7%
Kujawsko-Pomorski	20	7 714	6,6%	6,0%	5%

Małopolski	21	7 554	6,5%	6,9%	9%
Lubelski	16	7 373	6,3%	6,3%	6%
Pomorski	13	6 101	5,2%	5,2%	6%
Podkarpacki	13	5 906	5,1%	4,8%	6%
Zachodniopomorski	9	5 773	4,9%	4,0%	4%
Podlaski	7	3 201	2,7%	2,9%	3%
Lubuski	7	2 761	2,4%	2,1%	3%
Świętokrzyski	7	2 713	2,3%	2,2%	3%
Opolski	4	2 702	2,3%	2,1%	3%
Warmińsko-Mazurski	7	2 675	2,3%	2,4%	4%

Z przeprowadzonej analizy wynika, że liczba udzielonych świadczeń koreluje przede wszystkim z liczbą świadczeniodawców w danym oddziale wojewódzkim NFZ, a także (pośrednio) z liczbą ubezpieczonych, przy czym należy tu brać również pod uwagę zjawisko migracji pacjentów pomiędzy oddziałami. Nie stwierdza się również istotnych dysproporcji pomiędzy podziałem środków finansowych w zakresie okulistyka a liczbą ubezpieczonych i liczbą świadczeniodawców w poszczególnych OW NFZ.

W przypadku Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ umowy z Funduszem podpisało jedynie 7 świadczeniodawców. Wg najbardziej aktualnych danych (stan na 31.12.2013 r.) średni rzeczywisty czas oczekiwania na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) wynosi tu 651 dni przy średniej dla całego kraju 503 dni (dla przypadków stabilnych), przy czym występują duże różnice pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami: od 401 do 1 020 dni w przypadku jednego świadczeniodawcy (ale jednocześnie termin ostatniego zapisanego pacjenta to 16 listopada 2015 r.). Dlatego też w opinii Narodowego Funduszu Zdrowia sprawozdawczość w rozpatrywanym zakresie nie zawsze odbywa się w sposób prawidłowy, a tym samym nie odzwierciedla rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenia.

Odnośnie kwestii dotyczącej sposobu wyceny zabiegu zaćmy oraz obaw związanych ze stosowaniem przez lekarzy tańszych implantów soczewek, NFZ poinformował, że wycena operacji zaćmy przeprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia objęła koszty bezpośrednie oraz pośrednie powstające w trakcie realizacji świadczeń. Wyceną zostały objęte koszty rodzajowe, takie jak: koszty hotelowe, koszty opieki nad pacjentem, produkty i wyroby medyczne, wartość odtworzeniowa aparatury medycznej niezbędnej do realizacji świadczenia na bloku operacyjnym i na oddziale, czas oraz skład personelu uczestniczącego podczas zabiegu. Zobiektywizowane wartości kosztowe oraz informacje dot. rodzajów

kosztów pochodziły z określonych źródeł, właściwych dla rodzaju kosztów. Koszt implantu soczewki został określony na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców. Duża rozpiętość cenowa soczewek wszczepianych pacjentom, tj. od 118 zł do 538 zł zobligowała NFZ do przyjęcia wartości 475 zł, jako elementu pochodzącego z trzeciego kwartyla całego zbioru cen.

Ostateczna wycena świadczeń związanych z operacyjnym leczeniem zaćmy przedstawiona w zarządzeniu nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne jest niższa w porównaniu do ubiegłego roku, jednakże wyższa aniżeli zaproponowano to w projekcie ww. dokumentu przedstawionym do konsultacji. Została ona przygotowana w oparciu o rzeczywiste koszty pochodzące od świadczeniodawców z okresu, kiedy środowisko medyczne nie zgłaszało zastrzeżeń odnośnie zagrożenia związanego z obniżeniem jakości leczenia. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadzając proces wyceny świadczeń rutynowo wprowadza podział pacjentów na kategorie wiekowe poniżej i powyżej 18 roku życia. Wprowadzenie takiego rozróżnienia pozwala na uwzględnienie w wycenie różnic, jakie często występują w procesie leczenia między pacjentami dorosłymi a dziećmi i młodzieżą. W wycenie świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych poprzez JGP B12 i B13 nie wprowadzono podziału na kategorie wiekowe pacjentów z uwagi na bardzo niski udział dzieci i młodzieży, którym wykonano zabieg usunięcia zaćmy. W roku 2012 na 172.198 pacjentów, którym udzielono świadczenia opieki zdrowotnej z JGP B12 i B13, 111 z nich było poniżej 18 roku życia, co stanowi 0,06%.

Odnosząc się do kwestii wskazanej przez Panów Senatorów związanej z współpłaceniem pacjentów w tym zakresie („dopłacanie do droższych soczewek") uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady i tryb finansowania oraz warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ww. ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia wydane na podstawie art. 31 d ustawy – tzw. rozporządzenia koszykowe.

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem".

Zarówno ww. ustawa, jak i wskazane rozporządzenie nie przewidują możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innym standardzie za odpowiednią dopłatą.

Zgodnie z art. 31d ustawy Minister Zdrowia został upoważniony do określenia, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazów świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

1. poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;
2. warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Powyższe wyraźnie wskazuje, iż Minister Zdrowia upoważniony został jedynie do możliwości określenia poziomu odpłatności pacjenta za enumeratywnie wyliczone świadczenia o których mowa w art. 18, art. 33 i art. 41 ustawy, tj. za świadczenia transportu sanitarnego, wyżywienie i zakwaterowanie w sanatoriach i zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej. A contrario Minister Zdrowia nie posiada uprawnień do określenia poziomu odpłatności pacjenta za inne świadczenia zamieszczone w wykazie.

W rozporządzeniu, w załączniku nr 4, w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, przy udzielaniu świadczeń związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (lp. 5), jak również w rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U z 2013 r., poz 1520) określono istotne materiały zużywalne, to jest:

a) sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową — zwijalną — w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji,
b) sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową z polimetylmetakrylatu (PMMA) — w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja,
c) wiskoelastyk.

Tym samym określono standard soczewki, jaki jest gwarantowany w przypadku świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych. Powyżej przywołany przepis

ustawy nie dopuszcza natomiast możliwości wszczepienia innej (lepszej) soczewki za odpowiednią dopłatą.

Zgodnie natomiast z wyrażoną w art. 35 ustawy zasadą kompleksowości udzielania świadczeń, świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Decydując się na wszczepienie lepszej soczewki pacjent musi więc liczyć z koniecznością wykonania wskazanego zabiegu w pełni w trybie prywatnym.

Zagadnienie braku możliwości dopłacania przez pacjenta za wczepienie w trakcie zabiegu refundowanego ze środków publicznych, soczewki ponadstanadardowej, dotyczy szerszej kwestii współfinansowania świadczeń przez pacjentów.

W chwili obecnej przepisy ustawy nie pozwalają jednak na określenie poziomu odpłatności oraz na pobieranie opłat od pacjentów za świadczenia inne niż wskazane powyżej świadczenia towarzyszące. Wprowadzenie mechanizmu współpłacenia za pozostałe świadczenia wymaga więc w pierwszej kolejności zmian ustawowych.

Zmiana ustawy w tak istotnym dla systemu ubezpieczenia zdrowotnego elemencie, wymaga natomiast w pierwszej kolejności przeprowadzenia szerokiej debaty publicznej i uzyskania akceptacji społecznej.

z poważaniem
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Sławomir Neumann
Sławomir Neumann