



Warszawa, 14. 10. 2015 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Pacjenta  
*Krystyna Barbara Kozłowska*

RzPP-ZPR.420.132.2015.AGL

**Pan**  
**Tadeusz Jędrzejczyk**  
**Prezes**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**ul. Grójecka 186**  
**02-390 Warszawa**

*Ławosny Pawe Prezent*

Podstawowym zadaniem Rzecznika Praw Pacjenta, zgodnie z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą”, jest ochrona praw pacjentów, określonych w niniejszej ustawie oraz przepisach odrębnych. Zauważyć należy, iż również troska o cały system służby zdrowia – nierozzerwalnie wpisuje się w misję którą postawiono przed Rzecznikiem Praw Pacjenta.

Mając powyższe na względzie wskazać należy, iż zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy pacjenta ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej. Realizacja ww. prawa pacjenta jest uwarunkowana wieloma czynnikami a jednym z nich jest zapewnienie pacjentom realnego dostępu do leczenia. Niewątpliwie jednym z głównych elementów gwarantujących pacjentom należyłą opiekę lekarską oraz właściwy poziom udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi określony standard finansowania, mający przełożenie na realną możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych na określonym poziomie fachowości.

Mając na uwadze powyższe wskazać należy, iż w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom jest jednym z podstawowych obowiązków państwa, a wydatki na ochronę zdrowia obywateli należy traktować jako inwestycję w jego rozwój.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.

Natomiast jak wynika z informacji przekazywanych do Rzecznika Praw Pacjenta, w szczególności przez Konsultantów Krajowych w ochronie zdrowia, brak zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania może wpływać na bezpieczeństwo pacjentów. Powyższe zaś będzie miało przełożenie na ogólny standard jakości życia obywateli. Oczywistym pozostaje, iż niniejsze wystąpienie jedynie sygnalizuje zaistniałe problemy, a odpowiedzialność za kształt systemu opieki zdrowotnej nie spoczywa wyłącznie na jednym organie państwa, tylko przejawia się w wielu obszarach jego funkcjonowania zarówno na poziomie ogólnopolskim, jak i lokalnym. Niemniej jednak również sposób kształtowania polityki finansowania systemu – w sytuacji ograniczonej ilości środków – może inicjować korzystne zmiany wpływające na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Uzupełniając powyższe rozważania wskazać należy, iż Rzecznik Praw Pacjenta uzyskał od Konsultantów Krajowych sygnały świadczące o niedofinansowaniu lub nieprawidłowym kształtowaniu finansowania w poszczególnych dziedzinach medycyny. Powyższe dane wskazują na stałą tendencję zaniżania nakładów przeznaczonych na ochronę zdrowia, w szczególności mając na względzie również poziom finansowania przyjęty w innych krajach Unii Europejskiej<sup>2</sup>, co skutkuje następującymi problemami o charakterze systemowym:

W ocenie Konsultantów Krajowych widoczna jest różnica poziomu finansowania procedur dziecięcych w stosunku do finansowania procedur dla osób dorosłych, w szczególności w leczeniu szpitalnym, na niekorzyść świadczeń zdrowotnych udzielanych małym dzieciom. Powyższe zauważalne jest m.in. w dziedzinie chirurgii dziecięcej i kardiologii dziecięcej<sup>3</sup>. Zauważalne jest również limitowanie świadczeń z zakresu onkologii dziecięcej, a także nierozwiązanie kwestii finansowania leczenia wspomagającego. Należy również uwzględnić w systemie specyfikę leczenia onkologicznego dziecięcego odmienną od leczenia nowotworów wieku dorosłego<sup>4</sup>. Zgłaszane problemy dotyczą również niedofinansowania otorynolaryngologii dziecięcej, w tym niskie oszacowanie znieczulenia dotchawiczego co ogranicza dostęp do leczenia operacyjnego (w ocenie Konsultanta Krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej zasadne zmiany to uzupełnienie listy C6 o procedury anestezjologiczne wg ICD9: 100.1-znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym do 2 godzin, 100.2 znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym od 2 do 4 godzin. Uzupełnienie tych procedur anestezjologicznych umożliwi

---

<sup>2</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, dane opracowane na podstawie *Wydatki na zdrowie w krajach UE 1970- 2009 \$1970-2009 per capita, szacunki WHO (HFA DB)*.

<sup>3</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej, tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej

<sup>4</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej

rozliczenie grupy C13 u dzieci. Podobnie procedura JO 1.0 jest oszacowana na 4 punkty, podczas gdy leczenie zachowawcze innych rejonów głowy i szyi jest oszacowane na 22 pkt, co nie znajduje uzasadnienia). Ponadto, jak wskazał Krajowy Konsultant w dziedzinie urologii, duża część pacjentów wymaga diagnostyki i leczenia endoskopowego, które u dzieci winno odbywać się w warunkach szpitalnych w znieczuleniu ogólnym, natomiast wycena cystoskopii nie pokrywa kosztów sterylizacji sprzętu, a także brak jest odpowiednich procedur w zakresie leczenia rehabilitacyjnego tzw. uroterapii.

Jednocześnie zauważalnym problemem pozostaje wycena świadczeń zdrowotnych poniżej ich realnej wartości rynkowej. Zaniżony poziom finansowania zauważalny jest w wielu dziedzinach medycyny, w szczególności: anestezjologii i intensywnej terapii, genetyce klinicznej, urologii, chirurgii ogólnej. Przykładowo, wycena świadczeń intensywnej terapii realizowana jest na poziomie 50–60 % ich wartości; występują również zastrzeżenia w zakresie wyceny znieczulenia<sup>5</sup>. Ponadto, nierealistyczny poziom finansowania świadczeń z zakresu genetyki klinicznej prowadzi do radykalnego utrudnienia dostępności, a niskie nakłady finansowe uniemożliwiają wprowadzenie do rutynowej diagnostyki nowoczesnych metod badań diagnostycznych. Widoczne jest również niedofinansowanie urologicznych procedur zabiegowych diagnostycznych w związku ze zmianą ich wyceny po przeniesieniu ze szpitali do poradni urologicznych<sup>6</sup>. Problemem jest również niedostateczna wycena grup JPG związanych z diagnozowaniem i leczeniem nowotworów u dzieci, brak możliwości rozliczenia ruchu międzyoddziałowego oraz nie uwzględnienie znieczulenia do radioterapii, na co wskazuje Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Jednocześnie w dziedzinie otorynolaryngologii dziecięcej procedura S01.5 dotycząca szycia ran wargi i języka w znieczuleniu ogólnym ma zaniżoną punktację do 5, co nie pokrywa kosztów leczenia. Również Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej podniósł zaniżoną wycenę procedur terapeutycznych, głównie w chirurgii przewodu pokarmowego.

W wielu przypadkach niedofinansowanie poszczególnej dziedziny medycyny wiąże się z wydłużeniem kolejki pacjentów oczekujących na udzielenia świadczenia zdrowotnego w poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, np. chirurgia naczyniowa, urologia i nefrologia dziecięca<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> za: Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

<sup>6</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie urologii.

<sup>7</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej; tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie urologii. W dziedzinie nefrologii dziecięcej zauważalny jest długi czas oczekiwania w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej - w szczególności biorąc pod uwagę nierównomierną lokalizację poradni w poszczególnych regionach - wynikający z ograniczonych limitów i niedostatecznej wyceny świadczeń, tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii dziecięcej.

Ponadto, uzyskane dane wskazują na problemy dotyczące braku zróżnicowania wysokości finansowania części podmiotów leczniczych o wyższej referencyjności i ograniczenie udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych w ramach otrzymanego limitu punktów przyznanego na tych samych zasadach, co podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń mniej wyspecjalizowanych<sup>8</sup>.

Wskazać należy również na ograniczenie dostępności świadczeń zdrowotnych poprzez brak lub niedostateczne finansowanie jednego z poziomów referencyjności w danej dziedzinie medycyny, a także niedostateczne działania o charakterze profilaktycznym, co w konsekwencji skutkowało większymi kosztami poniesionymi na późniejszych etapach leczenia. Podnoszony jest problem rozdziwisku pomiędzy rozwojem dializoterapii, a możliwościami skutecznego leczenia chorób nerek w oddziałach nefrologii oraz funkcjonującą wadliwie ambulatoryjną procedurę kwalifikacji do przeszczepu nerki<sup>9</sup>. Przykładowo, Konsultant Krajowy w dziedzinie diabetologii wskazał na postulowaną przez środowisko diabetologów w katalogu świadczeń poradę edukacyjną. Wskazuje się również na niedobory Oddziałów Intensywnej Terapii Opieki Medycznej w dziedzinie chorób płuc dzieci oraz ich finansowanie uniemożliwiające leczenie chorych bez intubacji (nieinwazyjna wentylacja mechaniczna)<sup>10</sup>.

Zwrócono również uwagę na problemy, skutkujące ograniczeniem dostępności do części świadczeń zdrowotnych, wynikłe w związku z wprowadzeniem pakietu onkologicznego<sup>11</sup>, a także niedostrzeżenie przez płatnika konieczności wzrostu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych z danej dziedziny w związku ze zwiększonymi potrzebami

---

<sup>8</sup> Np. jedno z postępowań wyjaśniających dotyczyło odmowy rejestracji dziecka wymagającego doboru okularów do Poradni Okulistycznej Szpitala. Podmiot leczniczy wyjaśnił iż do wskazanej Poradni zgłaszają się dzieci z wrodzonym porażeniem mózgowym, z zespołami genetycznie uwarunkowanymi oraz ze schorzeniami rzadkimi, a tym samym mając na względzie powyższą grupę pacjentów i bezwzględną konieczność zapewnienia im specjalistycznej opieki oraz przyznany limit punktów, podmiot leczniczy nie może przyjmować we wskazanej Poradni dzieci wymagających doboru okularów i tym samym każdorazowo odmawia dokonania rejestracji w kontekście przyznanego limitu punktów.

<sup>9</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii. Wskazuje się również na niedobory Oddziałów Intensywnej Terapii Opieki Medycznej w dziedzinie chorób płuc dzieci oraz ich finansowanie uniemożliwiające leczenie chorych bez intubacji (nieinwazyjna wentylacja mechaniczna), tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc dzieci.

<sup>10</sup> tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc dzieci.

<sup>11</sup> W szczególności wskazuje się na narzucony w urologii przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ podział przyznanego kontraktu na część onkologiczną oraz ogólną dotyczącą pozostałych schorzeń. Powyższy podział waha się od 28% do 78%, środki przyznane na pakiet onkologiczny nie zawsze są przez podmioty lecznicze wykorzystywane z uwagi na problemy o charakterze sprawozdawczym, a jednocześnie zauważalny jest brak środków na leczenie pozostałych schorzeń urologicznych, za: Konsultant Krajowy w dziedzinie urologii. Ponadto, w dziedzinie onkologii dziecięcej ośrodkiem wiodącym jest ośrodek prowadzący chemioterapię, a proces diagnostyczny nie jest możliwy do przeprowadzenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, tylko w lecznictwie szpitalnym. Wobec powyższego, podmioty lecznicze nie korzystają z możliwości rozliczenia diagnostyki w ramach pakietu na bazie AOS, a koszty z tym związane ponoszone są jako koszt hospitalizacji rozliczanej w ramach kontraktu (JGP) za: Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej

społeczeństwa. Wskazuje się, iż w dziedzinie chorób płuc dzieci obserwuje się wzrost liczby dzieci z ostrymi chorobami układu oddechowego, a także wymagających diagnostyki specjalistycznej. Powyższe skutkuje problemami organizacyjnymi podmiotów leczniczych, zauważalna jest również niedostateczna wycena usług medycznych zarówno w leczeniu ambulatoryjnym jak i szpitalnym<sup>12</sup>. Prognozowany wzrost pacjentów z uwagi na starzenie się społeczeństwa oraz niewystarczająca liczba oddziałów geriatrycznych dotyka również oddziałów wewnętrznych, jak wskazuje Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, co ma bezpośredni wpływ na ich funkcjonowanie, w tym również warunki organizacyjne.

Zaniżony poziom finansowania w sektorze ochrony zdrowia skutkuje ujemnym wynikiem finansowym szpitali, co prowadzi nawet do likwidacji oddziałów lub zaniechania planów ich tworzenia<sup>13</sup>. Taka sytuacja ma miejsce w szczególności w podmiotach udzielających świadczeń z dziedzin medycyny: nefrologii, anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny paliatywnej, również oddziały wewnętrzne stanowią duże obciążenie finansowe dla podmiotów leczniczych<sup>14</sup>.

Powyższe przyczynia się również do zmniejszenia atrakcyjności poszczególnych zawodów medycznych, co przekłada się na zmniejszającą się liczbę wykwalifikowanych kadr w poszczególnych podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie podmioty lecznicze wskazują, iż zjawisko niedofinansowania przy wzrastających kosztach utrzymania (wzrost cen towarów i usług, media, transport, obsługa prawna itd.), zakres nałożonych ustawowo obowiązków, a także postępująca specjalizacja procedur medycznych, będzie miało negatywny wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych<sup>15</sup>.

Powyższe dane potwierdzają również inne dostępne źródła. Zgodnie z raportem Najwyższej Izby Kontroli (dalej jako: NIK)<sup>16</sup> w okresie do roku 2013 ceny proponowane

---

<sup>12</sup> Także: brak możliwości wykonywania hospitalizacji diagnostycznych tzw. jednodniowych, tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc dzieci.

<sup>13</sup> Tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie genetyki klinicznej, również: Konsultant Krajowy w dziedzinie urologii oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych. Ponadto, w ciągu ostatnim piętnastolecia nie powstał żaden nowy oddział nefrologiczny, tak: Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii; pogłębiający się problem ograniczenia dostępu do świadczeń wskazuje również Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>14</sup> Często występuje sytuacja tzw. „nadwykonań”, w szczególności z uwagi na ustalone zbyt małe limity, jak wskazuje Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych.

<sup>15</sup> Powyższe wnioski wynikają ze stanowisk podmiotów leczniczych przekazanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w związku z prowadzonymi postępowaniami.

<sup>16</sup> Tak: *Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, Informacja o wynikach

przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie odpowiadały rzeczywistym kosztom ponoszonym przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego. W ocenie NIK Narodowy Fundusz Zdrowia nie monitorował rynku usług medycznych, a tym samym nie dysponował realnymi wycenami procedur medycznych w poszczególnych regionach kraju. W konsekwencji nie zachodziła zależność między ceną kontraktową, a rzeczywistymi kosztami udzielania danego świadczenia. Przyjmowano na ogół jednolitą, ogólnopolską cenę za punkt rozliczeniowy, bez względu na jakość proponowanej przez podmiot leczniczy usługi.

W związku z powyższym świadczeniodawcy wskazywali, że wartość kontraktów pokrywa poniesione koszty świadczeń jedynie przy zastosowaniu całościowego rozliczania umów, gdzie tańsze w rzeczywistości procedury – drożej wycenione przez NFZ – finansują procedury niedoszacowane.

Omawiany problem poddawany jest stałej ocenie zainteresowanych<sup>17</sup>. Opracowania<sup>18</sup> dotyczące skutecznego zarządzania w systemem opieki zdrowotnej wskazują na występujące problemy: zbyt niskie nakłady na zarządzanie systemem, sztywne zasady gospodarowania finansami, niedostateczną elastyczność działań, a także brak dialogu i skutecznych mechanizmów wprowadzania racjonalnych zmian do procesu wyceny świadczeń – prezentowana przez płatnika publicznego.

Mając wszystko co powyższe na względzie, w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta, podejmowane obecnie działania mające zapewnić dostępność świadczeń opieki zdrowotnej winny uwzględniać potrzeby zdrowotne mieszkańców określone w szczególności na podstawie map potrzeb zdrowotnych, których wprowadzenie przewiduje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>19</sup>.

Reasumując, niedostateczne finansowanie systemu opieki zdrowotnej może skutkować naruszeniem prawa określonego w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy, zgodnie z którym pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz

---

kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli, Nr ewid. 15/2014/P/12/145/LKR.

<sup>17</sup> Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka z dnia 7 sierpnia 2014r., znak: ZSS/18/2014/MW wskazywało na problem nieadekwatnej do ponoszonych kosztów wyceny usług w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej dzieci w określonych podmiotach leczniczych stanowiących badaną przez Rzecznika Praw Dziecka grupę kontrolną. Niezależnie od przyjmowanej metodologii wyliczenia podmioty wykazywały na niedoszacowanie świadczeń generujące straty dla podmiotów leczniczych.

<sup>18</sup> Np: *System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnoza i kierunki reformy*, Warszawa 2014, Akademia Zdrowia 2013 pod red. dr Andrzeja Mądrali.

<sup>19</sup> Przykładowo, w dziedzinie chirurgii naczyniowej poza problemem niedofinansowania zaistniała również konieczność racjonalnego podziału środków już przeznaczonych na działanie ośrodków chirurgii naczyniowej w kontekście regionalnego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w dziedzinie chirurgii naczyniowej.

z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym.

Mając na uwadze dobro pacjentów oraz zapewnienie ochrony ich praw wynikających z treści ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, konieczne jest podjęcie stosownych działań legislacyjnych oraz organizacyjnych mających na celu zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w związku z udzielanymi im świadczeniami zdrowotnymi. Niezbędne jest systemowa analiza przyjętego sposobu finansowania, w tym również jego poziomu – zarówno w kontekście zapotrzebowania społeczeństwa, priorytetów poszczególnych dziedzin medycyny, jak również urzędowo określonych wartości procedur. Powyższe, w ocenie Rzecznika Praw Pacjenta, winno odbywać się wraz z całokształtem danych uzyskanych w związku z trwającymi obecnie pracami nad stworzeniem regionalnych map potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem konieczności wymiany informacji pomiędzy wieloma organami państwowymi zaangażowanymi w tworzenie i nadzór nad krajowym systemem opieki zdrowotnej. Tylko działania o charakterze systemowym umożliwią zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w perspektywie ogólnopolskiej i wpłyną na dalszą poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym, mając również na względzie kompetencje Narodowego Funduszu Zdrowia oraz podejmowaną współpracę o charakterze systemowym z innymi organami państwa odpowiedzialnymi za kształtowanie polityki zdrowotnej, wnoszę o odniesienie się do przedmiotowych kwestii, w tym o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania,:

1. W jaki sposób Narodowy Fundusz Zdrowia planuje zabezpieczyć możliwość wystąpienia niedoborów świadczeń zdrowotnych w perspektywie długoterminowej z uwagi na kształtowaną politykę finansowania świadczeń?
2. Jak często Narodowy Funduszu Zdrowia dokonuje weryfikacji skuteczności kształtowanej polityki finansowania w aspekcie jej wpływu na realność dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności z zakresu poszczególnych dziedzin ambulatoryjnej opieki specjalistycznej?
3. Jak często Narodowy Funduszu Zdrowia prowadzi badania porównawcze, w tym uwzględniające analizy dotychczas przeprowadzone przez inne podmioty i instytucje, w zakresie różnicy pomiędzy poziomem finansowania ustalonym przez płatnika, a realną wartością rynkową wykonywanych procedur medycznych?

Działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 i 8 ustawy, zwracam się z uprzejmą prośbą o poinformowanie o podjętych działaniach systemowych dotyczących zabezpieczenia dostępności świadczeń zdrowotnych pacjentów realizowanych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Z powodzeniem  
W. W. W.

**Do wiadomości:**

1. Pani Beata Szydło, Prezes Rady Ministrów, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa;
2. Pan Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa;
3. Pan Wojciech Matusewicz, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. I. Krasickiego 26, 02-611 Warszawa;
4. Pan Maciej Hamankiewicz, Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelna Izba Lekarska, ul. Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa.