



Data: 17.10.2024 r.

Znak sprawy: NFZ-DSOZ-WLS.4012.264.2024
2024.345625.AUO

Adresat: **Pani Dorota Korycińska**
Prezes
Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej
biuro@federacjaonkologiczna.pl

Dotyczy: finansowania świadczeń onkologicznych

Szanowna Pani Prezes,

w związku z pismem z dnia 02.10.2024 r. w sprawie finansowania świadczeń onkologicznych poniżej przedstawiam informacje dotyczące zagadnień wskazanych w korespondencji.

Ad 1. aktualny stan finansowania opieki onkologicznej oraz możliwość zapewnienia odpowiedniej ilości środków na płatność za świadczenia nielimitowane do końca 2024 roku.

Na przestrzeni ostatnich 10 lat obserwowana jest stała tendencja wzrostu finansowania świadczeń onkologicznych. Zwiększeniu uległa zarówno liczba udzielanych świadczeń jak i wycena procedur medycznych.

Wprowadzone w ostatnich latach rozwiązania wpływają na zwiększenie dostępności do nowych innowacyjnych terapii w zakresie leczenia systemowego oraz rozwój małoinwazyjnych technik operacyjnych.

Wydatki na świadczenia onkologiczne w latach 2015 r. – 2023 r. wzrosły prawie trzykrotnie – z 7 360 355 603 zł do 21 633 769 679 zł. Natomiast liczba pacjentów objętych opieką onkologiczną w 2023 r. wyniosła 2 371 974 chorych.

Poniżej przedstawiam szczegółowe informacje dotyczące finansowania świadczeń onkologicznych w latach 2015 – 2024 (I-VII).

Tabela 1 Informacje ogółem o świadczeniach onkologicznych

Rok sprawozdawczy	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba hospitalizacji	Wartość refundacji świadczeń (w zł)
2015	1 813 850	8 805 951	1 408 453	7 360 355 603
2016	1 875 834	9 220 390	1 483 282	7 762 571 441
2017	1 940 358	9 452 339	1 531 021	8 593 689 234

2018	2 009 460	9 672 834	1 569 795	9 529 450 021
2019	2 093 735	10 343 553	1 608 984	10 486 589 032
2020	1 855 017	9 752 768	1 475 594	10 610 199 970
2021	2 024 506	10 974 558	1 579 985	11 933 651 626
2022	2 193 206	11 915 945	1 727 000	15 943 033 931
2023	2 371 974	13 199 792	1 888 887	21 633 769 679
2024 (I-VII)	1 954 230	8 319 453	1 186 412	12 445 735 771

Dane z SI NFZ (stan na dzień 17.09.2024r.)

Tabela 2 Informacje o wartości umów na program profilaktyczny: raka piersi, raka szyjki macicy oraz program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Rok sprawozdawczy	Wartość umów - profilaktyka (w zł)
2015	113 681 313
2016	101 378 698
2017	107 142 361
2018	100 978 015
2019	105 574 369
2020	98 012 531
2021	112 040 439
2022	128 799 918
2023	266 123 079
2024 (I-VII)	187 547 594

Dane z SI NFZ (stan na dzień 17.09.2024r.)

Odnosząc się do poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej należy podkreślić, że rozliczanie przez oddziały wojewódzki NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach [1], zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów [2], zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Jednocześnie informuję, że na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy.

Podsumowując, oddziały wojewódzkie NFZ w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej

oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m. in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Ad 2. wpływ aktualnej sytuacji płatnika na realizację zadań Krajowej Sieci Onkologicznej.

Wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej ma na celu między innymi zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, równego dostępu do koordynowanej i kompleksowej opieki onkologicznej, poprawę jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz optymalizację kosztów opieki onkologicznej. Od 26.07.2024 r. obowiązuje pierwszy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej.

Świadczeniodawcy tworzący strukturę Krajowej Sieci Onkologicznej zakwalifikowani do poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej – Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego (SOLO I-III) oraz Ośrodki Kooperacyjne – zobowiązani są do koordynacji procesu diagnostyki i leczenia oraz współpracy w ramach sprawowanej nad pacjentem opieki onkologicznej. Zgodnie z art. 35 ustawy o KSO [3] rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej odbywa się zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem zasady związane z finansowaniem świadczeń onkologicznych w podmiotach zakwalifikowanych do KSO nie uległy zmianie.

Ad 3. stabilność finansowania świadczeń w ramach profilaktyki onkologicznej.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia gwarantowane, w tym programy zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. Fundusz jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń, również programów zdrowotnych.

Rozliczanie świadczeń realizowanych w ramach programów zdrowotnych następuje w oddziałach wojewódzkich NFZ sukcesywnie po ustaleniu wartości nadwykonań i potwierdzeniu zabezpieczenia środków w planie finansowym oddziału. Ma to na celu optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie finansowym oddziału wojewódzkiego.

Jednocześnie zgodnie z § 4 ust. 8 umowy na realizację programów zdrowotnych [4], istnieje możliwość złożenia wniosku gdy wartość wykonanych przez Świadczeniodawcę świadczeń przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy. Należy podkreślić, że postanowienia umowy nie wskazują terminu rozpatrzenia tego wniosku i powiększenia kwoty zobowiązania, a kwota zobowiązania określona jest na cały okres rozliczeniowy, tj. rok.

Podstawa prawna

[1] ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)

[2] rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.)

[3] ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1208)

[4] zarządzenie Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, z późn. zm.

Z poważaniem

Anna Miszczak

Dyrektor Departamentu
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
/Dokument podpisany elektronicznie/

Kontakt

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, tel. 22 572 61 00, e-mail sekretariat.dsoz@nfz.gov.pl