Sz. P.
Dr **Jolanta Sobierańska-Grenda**
Minister Zdrowia

Drogą elektroniczną: biuro@bm@mz.gov.pl

Szanowna Pani Minister,

Polska Federacja Szpitali postuluje stworzenie systemowego mechanizmu okresowej weryfikacji zgodności zakresu świadczeń gwarantowanych w obszarze onkologii z aktualną wiedzą medyczną odzwierciedloną w krajowych i europejskich wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego.

Proponujemy wprowadzenie zobowiązania Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), do dokonywania przeglądu, nie rzadziej niż raz na rok, aktualnych wytycznych polskich i europejskich towarzystw naukowych w zakresie postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii oraz porównania wynikającego z nich modelu postępowania z zakresem świadczeń gwarantowanych i warunkami ich realizacji. W przypadku stwierdzenia rozbieżności uzasadniających zmianę zakresu świadczeń gwarantowanych lub warunków ich realizacji Prezes AOTMiT powinien być zobowiązany do przedstawienia Ministrowi Zdrowia odpowiednich rekomendacji.

Rozwiązanie proponowane przez PFSz stanowi uzupełnienie mechanizmów przewidzianych obecnie w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO). Zgodnie z art. 22 ust. 2 pkt 1 ustawy Krajowy Ośrodek Monitorujący (KOM) zapewnia opracowywanie i aktualizowanie przez odpowiednie towarzystwa naukowe lub zespoły naukowe wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii, w tym przez adaptację krajowych i zagranicznych opracowań, oraz przekazuje te wytyczne do Rady. Jednocześnie art. 24 ustawy przewiduje mechanizm kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza takie zalecenia, zaś w celu ich opracowania zleca Prezesowi AOTMiT przygotowanie ich propozycji na podstawie wytycznych diagnostyczno-leczniczych. Proponowana zmiana nie zastępuje zatem obowiązków KOM w zakresie opracowywania i aktualizowania wytycznych. Wprowadza inne, komplementarne zadanie AOTMiT: okresową ocenę czy sposób finansowania świadczeń ze środków publicznych umożliwia realizację postępowania wynikającego z aktualnych wytycznych. Art. 22 potwierdza już rolę KOM w aktualizowaniu wytycznych i adaptowaniu opracowań zagranicznych.

Wprowadzenie obowiązku przeprowadzania przeglądu nie rzadziej niż raz na rok

ma zapewnić cykliczną ocenę zgodności koszyka świadczeń gwarantowanych z aktualnymi standardami postępowania diagnostyczno-leczniczego w obliczu dynamicznego obszaru innowacyjnych technologii medycznych.

Postulat PFSz nie przewiduje automatycznego włączania do koszyka wszystkich metod diagnostycznych lub terapeutycznych uwzględnionych w wytycznych. AOTMiT będzie zobowiązana do przeprowadzenia przeglądu i identyfikacji obszarów wymagających zmian, natomiast jego wyniki będą stanowiły podstawę do przedstawienia MZ rekomendacji.

Istotnym elementem proponowanej regulacji jest wprowadzenie obowiązku publikacji zarówno wyników przeglądu, jak i wynikających z niego rekomendacji AOTMiT. Obowiązek publikacji w BIP Agencji ma umożliwić pacjentom, świadczeniodawcom, konsultantom krajowym, towarzystwom naukowym oraz innym zainteresowanym podmiotom zapoznanie się zarówno ze zidentyfikowanymi rozbieżnościami, jak i proponowanym kierunkiem zmian.

Propozycje PFSz przewidują dodatkowo obowiązek opublikowania w terminie 90 dni, informacji o sposobie rozpatrzenia rekomendacji. Rozwiązanie to nie oznacza związania ministra rekomendacją AOTMiT. Minister zachowuje możliwość odstąpienia od dalszych prac. W takim przypadku projektowana regulacja wymaga jednak publicznego wskazania przyczyn odstąpienia. W ten sposób projekt zmierza nie tylko do okresowej identyfikacji luk między aktualnymi wytycznymi a koszykiem świadczeń, ale również do zapewnienia transparentności dalszego postępowania z wynikami takiej analizy.

W opinii Polskiej Federacji Szpitali należałoby zmienić 2 ustawy:

Do ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (...) w art. 24 po ust. 4 dodać ust. 4a–4d w brzmieniu:

„4a. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, nie rzadziej niż raz na 2 lata, dokonuje przeglądu aktualnych wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego w onkologii opracowanych przez europejskie towarzystwa naukowe lub organizacje działające w obszarze onkologii oraz oceny zgodności zakresu świadczeń gwarantowanych i warunków ich realizacji z postępowaniem diagnostyczno-leczniczym rekomendowanym w tych wytycznych.

4b. W przypadku zidentyfikowania, w wyniku przeglądu, o którym mowa w ust. 4a, potrzeby zmiany zakresu świadczeń gwarantowanych lub warunków ich realizacji, Prezes Agencji przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rekomendacje dotyczące odpowiednich zmian, w szczególności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego lub zmiany warunków realizacji świadczenia gwarantowanego.

4c. Prezes Agencji publikuje wyniki przeglądu, o którym mowa w ust. 4a, oraz rekomendacje, o których mowa w ust. 4b, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.

4d. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 90 dni od dnia otrzymania rekomendacji, o których mowa w ust. 4b, publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego tego ministra informację o sposobie rozpatrzenia rekomendacji, w tym o podjęciu dalszych prac dotyczących zmiany zakresu świadczeń gwarantowanych lub warunków ich realizacji albo o przyczynach odstąpienia od podjęcia takich prac.”.

przepis przejściowy

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonuje po raz pierwszy przeglądu, o którym mowa w art. 24 ust. 4a ustawy zmienianej w art. 1, w terminie 12 miesięcy od dnia

wejścia w życie niniejszej ustawy.

W ustawie o świadczeniach proponujemy następujące zmiany:

Art. 31e

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może: usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
   dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek,
2. dokonać zmiany technologii medycznej, działając z urzędu **lub na wniosek**

– uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1.

2. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 **lub 2**, mogą składać do ministra właściwego do spraw zdrowia:

1. konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej;
2. stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym ~~– za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1;~~
3. Prezes Funduszu;
4. stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta – za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1.

3. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub 2, zawierają:

1. oznaczenie podmiotu, o którym mowa w ust. 2;
2. siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 2, lub jego adres;
3. wskazanie czy wniosek dotyczy:

a) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

b) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego;

4. uzasadnienie wskazujące wpływ danego świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia;
5. datę sporządzenia wniosku;

6. wykaz załączonych do wniosku dokumentów potwierdzających zasadność wniosku;
7. podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku.

Art. 31f

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku, o którym mowa w art. 31e ust. 1 pkt 1 lub 2, dokonuje jego oceny formalnej, pod względem spełnienia wymagań określonych w art. 31e ust. 3.

2. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku minister właściwy do spraw zdrowia wzywa podmiot, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 31e ust. 1 pkt 1 **lub 2**, do jego uzupełnienia w terminie nie dłuższym niż 14 dni.

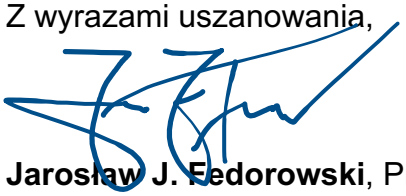
3. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych wniosek, o którym mowa w art. 31e ust. 1 pkt 1 lub 2, pozostawia się bez rozpoznania.

4. Do czynności podejmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w ust. 1–3, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w terminie 60 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku, o którym mowa w art. 31e ust. 1 pkt 1 lub 2, zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji, o której mowa w art. 31h ust. 3 pkt 1 lub 2, wyznaczając termin jej przygotowania, o czym niezwłocznie informuje podmiot, który złożył wniosek.

W imieniu Polskiej Federacji Szpitali, najbardziej reprezentatywnej organizacji pracodawców szpitali „ponad podziałami” uprzejmie wnoszę o rozpatrzenie naszych propozycji, jako jednego z elementów tworzenia systemu opieki opartej na wartości dla pacjenta.

Z wyrazami uszanowania,



Jarosław J. Fedorowski, Prof. nadzw.
Prezes Polskiej Federacji Szpitali

e-mail: biuro@pfsz.org

16.11.2026

Dok. PFSz,onkol,AOTMiT,2026.11.26