



Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

Data: 10.06.2024 r.

Znak sprawy: NFZ-DSOZ-SAOS.053.8.2023  
2024.189061.KAO

Adresat:



**Petycja - o powołanie w Polsce sieci wyspecjalizowanych Poradni Wenerologicznych (ew. Poradni Zdrowia Seksualnego), w pełni finansowanych ze środków publicznych, jak również jednoczesne przeznaczenie i zabezpieczenie na ten cel odpowiednich środków budżetowych.**

#### Zawiadomienie o sposobie załatwienia petycji

Na podstawie art. 13 ust. 1 i art. 15 ustawy z 11 lipca 2014 r. o petycjach (Dz.U. z 2018 r. poz. 870, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o petycjach” w zw. z art. 247 i 238 § 1 ustawy z 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r., poz. 735 z późn.zm.) zawiadamiam o załatwieniu w sposób odmowny wniesionej przez Panią za pośrednictwem poczty elektronicznej petycji z dnia 8 marca 2024 r., w przedmiocie:

*„o powołanie w Polsce sieci wyspecjalizowanych Poradni Wenerologicznych (ew. Poradni Zdrowia Seksualnego), w pełni finansowanych ze środków publicznych, jak również jednoczesne przeznaczenie i zabezpieczenie na ten cel odpowiednich środków budżetowych.”.*

#### Uzasadnienie

Drogą poczty elektronicznej dnia 8 marca 2024 r. do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia wpłynęła petycja w przedmiocie powołania w Polsce sieci wyspecjalizowanych Poradni Wenerologicznych (ew. Poradni Zdrowia Seksualnego), w pełni finansowanych ze środków publicznych, jak również jednoczesne przeznaczenie i zabezpieczenie na ten cel odpowiednich środków budżetowych.

Wyraźnie należy podkreślić, że świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) kontraktowane i finansowane są w oparciu o ustawę o świadczeniach [1] oraz rozporządzenie AOS [2]. Zgodnie z przywołanymi powyżej aktami prawnymi, świadczenia diagnostyki i leczenia chorób przenoszonych drogą płciową to procedury gwarantowane i są one realizowane przez świadczeniodawców oraz rozliczane w ramach umów z Funduszem z zakresu dermatologii i wenerologii, jak wspomniała Pani w petycji. Wyraźnie należy podkreślić, że dziedzina dermatologii i wenerologii jest jedną wspólną specjalizacją lekarską, a komórka organizacyjna podmiotu wykazana wg kodów identyfikacyjnych (kodów resortowych) jest zagadnieniem drugoplanowym. To do świadczeniodawcy realizującego świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii należy właściwa organizacja trybu rejestracji pacjentów podejrzanych o zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową, z zachowaniem zasad poszanowania intymności, godności i tajemnicy stanu zdrowia. Jak słusznie wskazuje Pani w petycji, sfera wenerologii jest niestety nadal obszarem wstydu, lęku i stygmatyzacji; a zatem działania w zakresie organizacji i kontraktowania świadczeń w tym zakresie tym bardziej nie mogą pogłębiać tych zachowań, a niewątpliwie tworzenie wyodrębnionej sieci poradni wenerologicznych nie będzie sprzyjać minimalizacji niekorzystnych ww. zjawisk.

Zupełnie nie można zgodzić się ze stwierdzeniem wskazanym w petycji, że obecnie działające poradnie w zakresie dermatologii i wenerologii, cyt.: „*nie mają szerokiego dostępu do odpowiednich specjalistycznych badań laboratoryjnych (np. posiewów bakteriologicznych czy testów genetycznych PCR), różnych metod leczenia [...]*”. W dostępnym katalogu procedur diagnostycznych wskazanych w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie AOS [3], zgodnie z rozporządzeniem AOS [2] znajduje się szereg badań służących diagnostyce zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym badania wykonywane w celu oznaczenia materiału genetycznego w celu jednoznacznej identyfikacji czynnika zakaźnego. Dla przykładu, przywołane badanie PCR czynnika zakaźnego, wykorzystywane np. do diagnostyki zakażeń HPV jest refundowane z wykorzystaniem produktu rozliczeniowego: 5.03.00.0000021 wykrywanie RNA/DNA za pomocą badań molekularnych (PCR/PFGE) z wyceną punktową 309, co przy średniej cenie za punkt w rodzaju AOS daje w przybliżeniu kwotę 500 zł.

Wyraźnie należy podkreślić, że lekarz prowadzący pacjenta zobowiązany jest wykonywać zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a świadczenia powinien udzielać w sposób kompleksowy, a zatem o rodzaju

procedur medycznych i metodzie ich wykonania, w zależności od wskazań medycznych, zawsze decyduje lekarz prowadzący. To zawsze na lekarzu spoczywa odpowiedzialność za prowadzony proces diagnostyczno-leczniczy pacjenta.

Dodatkowo, odnosząc się do kwestii wysokości refundacji za koszty ponoszone przez świadczeniodawców, wyraźnie należy wskazać, że Prezes NFZ dostrzega przedmiotową kwestię i w miarę posiadanych środków finansowych zawartych w planie finansowym NFZ (zatwierdzanym przez Ministra Zdrowia i Ministra Finansów) dokonuje regularnie stosownych modyfikacji czy to w wartości wycen punktowych czy wartości wyceny za jednostkę rozliczeniową (punkt).

Zarządzeniem Nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. dwukrotnie skorygowano wycenę punktową świadczeń z okresem obowiązywania od lipca 2020 r. oraz od stycznia 2021 r.

Następnie od 1 listopada 2021 r. zwiększeniu uległa cena punktu w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń AOS udzielanych w poradniach, tj. odpowiednio o 16% w przypadku umów AOS spoza tzw. sieci podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), do której też należy część poradni oraz do poziomu 1,16 zł dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach przywołanego PSZ.

Od 1 kwietnia 2022 r. ponownie podniesiono wartość punktową o 4,5 %, dla wszystkich umów.

Następnie zgodnie z rekomendacją nr 65/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMIT) podniesiono cenę za punkt rozliczeniowy od 1 lipca 2022 r. Od 1 lipca 2023 r. na podstawie rekomendacji nr 54/2023 Prezesa AOTMIT oraz po przyjęciu przez Ministra Zdrowia 3 wariantu zmiany poziomu finansowania świadczeń, nastąpił kolejny wzrost wartości ceny za punkt rozliczeniowy m.in. w poradniach specjalistycznych.

Ponadto, od 1 lipca 2021 r., zgodnie z zarządzeniem Nr 116/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 czerwca 2021 r. w sprawie AOS wprowadzono bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń realizowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Oznacza to, że Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zgodnie z rzeczywistym wykonaniem, zarówno w przypadku świadczeń pierwszorazowych, jak i wykonanych na rzecz pacjentów kontynuujących leczenie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia po przeanalizowaniu przedmiotowej petycji uznał za niezasadne, aby zmieniać, w zakresie posiadanych kompetencji, przepisy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna [3].

#### **Podstawa prawna**

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.);
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.);
3. Zarządzenie Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z późn.zm.).

#### **Pouczenie**

Źgodnie z art. 13 ust. 2 ustawy o petycjach sposób załatwienia petycji nie może być przedmiotem skargi.

Z poważaniem

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

#### **Kontakt**

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