

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 98)

z dnia 11 września 2025 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 98)

11 września 2025 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- **zaopiniowanie Roczno­go sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r.;**
- **rozpatrzenie Łącznego sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r. (druk nr 1658);**
- **rozpatrzenie Roczno­go sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r. (druk nr 1659).**

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów, **Karina Szewczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Jakub Szulc** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jakub Adamski** dyrektor Departamentu Współpracy Urzędu Rzecznika Praw Pacjenta, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikami, **Anna Lipnicka** wiceprezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Marcin Pieklak** ekspert Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, **Wojciech Wiśniewski** przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żońnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dzień dobry państwu, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Stwierdzam kworum.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przyjęty przez prezydium Komisji przewiduje: 1) zaopiniowanie Roczno­go sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r. – przedstawiają prezes Narodowego Funduszu Zdrowia oraz minister finansów; 2) rozpatrzenie Łącznego sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r., druk nr 1658 – przedstawiają minister finansów oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia; 3) rozpatrzenie Roczno­go sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r., druk nr 1659 – przedstawiają minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proponuję, aby wszystkie punkty od pierwszego do trzeciego dotyczące Narodowego Funduszu Zdrowia zostały po kolei zreferowane, a następnie przeprowadzimy łączną dyskusję nad tymi punktami porządku dziennego. Do pierwszego punktu musimy jako Komisja przyjąć opinię, do drugiego i trzeciego punktu musimy przyjąć sprawozdania i wybrać sprawozdawców.

Zgodnie z art. 130 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu RP. Właściwe komisje sejmowe: Komisja Zdrowia i oddzielnie Komisja Finansów Publicznych mają 14 dni na zaopiniowanie tego dokumentu. Ustawa stanowi, że nieustosunkowanie się przez komisje w tym terminie oznacza pozytywne zaopiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Marszałek Sejmu po zasięgnięciu opinii Prezydium skierował w dniu 5 września 2025 r. Łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024, druk nr 1658, oraz w dniu 5 września 2025 r. – Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r., druk nr 1659, do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia. W związku z tym chciałabym zapytać panie i panów posłów, czy ktoś wnosi uwagi odnośnie do propozycji, aby te trzy punkty rozpatrzyć łącznie?

Wobec braku sprzeciwu przechodzimy do rozpatrzenia dokumentów.

Proszę prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicieli Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie w kolejności dokumentów.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisja, mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Komisji informacje dotyczące Roczego sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, Łącznego sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Roczego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024.

Jeżeli pani przewodnicząca i Wysoka Komisja pozwolą, to rozpocznę od sprawozdania finansowego, bo ono opiera się tylko o suche dane liczbowe, więc jest najkrótsze i najprostsze do zaprezentowania. Na podstawie art. 128 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia sporządził łączne sprawozdanie finansowe za rok 2024, które obejmuje szereg dokumentów: wprowadzenie do sprawozdania finansowego, bilans na dzień 31 grudnia 2024 r., rachunek zysków i strat, zestawienie zmian w kapitale własnym, rachunek przepływów pieniężnych za rok obrotowy oraz dodatkowe informacje i wyjaśnienia.

Bilans na dzień 31 grudnia 2024 r. zamyka się kwotą 23 648 600 tys. zł, co oznacza spadek w stosunku do roku poprzedniego o 5 134 100 tys. zł, czyli o 17,8%. Rachunek zysków i strat za rok 2024 zamyka się stratą netto w wysokości 7 733 100 tys. zł, co oznacza zmniejszenie straty o 8 629 300 tys. zł. Zestawienie zmian w kapitale własnym za rok obrotowy od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r. wykazuje zmniejszenie funduszy o kwotę 7 380 400 tys. zł, zaś rachunek przepływów pieniężnych – spadek, rok do roku, o kwotę 6 605 900 tys. zł. Wszystkie wskazane zmniejszenia – będę zaraz mówił o tym bardziej szczegółowo – w zasadzie są spowodowane wykorzystaniem funduszu zapasowego, zgodnie z planem, na kwotę 9 000 000 tys. zł w decyzjach podjętych i faktycznej utylizacji na kwotę 7 500 000 tys. zł w roku 2024 z przeznaczeniem na zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Sprawozdanie finansowe było badane przez biegłego rewidenta na podstawie art. 128 ust. 4 ustawy, a potem, tak jak pani przewodnicząca stwierdziła, podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Badanie sprawozdania przeprowadziło Biuro Audytorskie ProWizja sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie. Biegli rewidenci sporządzili sprawozdanie z badania łącznego sprawozdania finansowego NFZ, na które składają się sprawozdania cząstkowe wszystkich 16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrali NFZ, opiniując pozytywnie rzetelność, prawidłowość, jasność sporządzonego sprawozdania finansowego oraz prawidłowość prowadzenia ksiąg rachunkowych.

Jeśli chodzi o Sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, więc bardziej szczegółową informację dotyczącą tego, w jaki sposób i na co były przeznaczone środki funduszu w 2024 r., to wydatkowanie środków odbywało się na podstawie planu finansowego na rok 2024, który w pierwotnej wersji, podstawowej, był oczywiście opiniowany przez komisje sejmowe – Komisję Finansów Publicznych i Komisję Zdrowia – i opiewał na kwotę 168 415 572 tys. zł.

Kwota przychodów w pierwotnym planie finansowym, zgodnie z regulacjami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, była zbilansowana z kosztami, a więc obie te pozycje są takie same. W toku roku obrotowego dokonano szeregu zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na zwiększeniu przychodów i odpowiadającego im zwiększenia kosztów, z tym zastrzeżeniem, o którym mówiłem, czyli z wykorzystaniem części funduszu zapasowego NFZ.

W sumie, w wyniku dokonanych zmian planu finansowego w 2024 r., łączne przychody funduszu wzrosły o 9,3%, tj. o 15 628 188 tys. zł, natomiast łączne koszty wzrosły o 14,9%, tj. o 25 043 696 tys. zł, w tym koszty realizacji zadań NFZ wzrosły o kwotę 25 025 053 tys. zł,

a więc o 15,1% w stosunku do pierwotnego planu. Największe zwiększenie odnotowaliśmy w przypadku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ich wzrost w ciągu 2024 r. wyniósł 24 776 000 tys. zł. Koszty związane z finansowaniem leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy, wzrosły o 2 000 184 tys. zł. Gwoli wyjaśnienia dodam, że chodzi tutaj o finansowanie leków „65 plus” i „18 minus”. Planowane koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wzrosły o 338 324 tys. zł, zaś planowane koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie – o kwotę 3909 tys. zł.

O źródłach zwiększenia planowanych kosztów dość szczegółowo mówiłem podczas naszego ostatniego spotkania dwa dni temu, ale jeżeli Wysoka Komisja będzie sobie tego życzyła, to oczywiście tę informację uzupełnię, natomiast w tym momencie chciałbym przejść dalej i powiedzieć, że wartość przychodów ogółem, jak już wspominałem, wyniosła w 2024 r. 182 973 642 tys. zł, z czego blisko 87%, dokładnie 86,74%, to przychody z tytułu składki należnej brutto za ubezpieczenie zdrowotne z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Z kolei 8,1% przychodów stanowiły przychody z tytułu dotacji podmiotowej budżetu państwa, zgodnie z art. 97 ust. 8a ustawy, natomiast 3,9% to pozostałe przychody.

W kosztach Narodowego Funduszu Zdrowia 94,6% to koszty świadczeń opieki zdrowotnej. W sumie zawarły się one w kwocie 180 351 600 tys. zł. Z kolei koszty administracyjne funduszu w 2024 r. stanowiły 0,7% wszystkich kosztów. W kosztach świadczeń opieki zdrowotnej dominującą pozycją, podobnie jak w latach poprzednich, była oczywiście pozycja dotycząca leczenia szpitalnego. W sumie leczenie szpitalne pochłonęło 51,6% wszystkich kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r. Kolejne pozycje kosztów to świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – 11,15% kosztów ogółem, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 9,74% kosztów ogółem i refundacja cen leków – 5,9% kosztów ogółem, przy czym tutaj należy zaznaczyć i doprecyzować, że mówimy o refundacji otwartej, a nie o innych tytułach do refundacji kosztu leków, jak chociażby programy lekowe czy leki w chemioterapii.

Jak już wspominałem, wynik finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r. był ujemny. NFZ odnotował stratę netto w wysokości 7 733 071 tys. zł, na co składały się wyniki poszczególnych oddziałów wojewódzkich funduszu, które łącznie odnotowały stratę w wysokości 5 340 000 tys. zł, oraz wynik finansowy Centrali – strata 2 393 000 tys. zł. Strata NFZ za 2024 r. była mniejsza o 1,5 mld zł od planowanej i została sfinansowana w całości z funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, to poproszę teraz o zabranie głosu pana dyr. Dziełaka, który przedstawi Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji Narodowego Funduszu Zdrowia Dariusz Dziełak:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, panie ministrze, sprawozdanie roczne z działalności jest chyba najobszerniejszym dokumentem, który jest dziś prezentowany, mimo że udało się je o ok. 50 stron skrócić w stosunku do sprawozdania za rok wcześniejszy, co oczywiście nie oznacza, że w 2024 r. realizowaliśmy mniej zadań. Myślę, że warto do tego sprawozdania zerknąć. Trudno będzie je omówić w całości, bo jest ono dosyć szczegółowe. Najważniejszą rzeczą jest porównanie większości parametrów z danymi za dwa lata poprzedzające rok, którego dotyczy bezpośrednio omawiany dokument. Nie będę oczywiście wszystkiego omawiał, natomiast skupię się na tym, co wydaje się najważniejsze bądź na tym, czego w sprawozdaniu nie widać wprost, a może być interesujące.

Podstawowe rzeczy, które się tam znalazły, to są oczywiście zarządzenia i zakres regulacji prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To jest pierwsza część tego sprawozdania, natomiast jego główna część dotyczy dostępności do świadczeń i jest ona mierzona przy pomocy kilku parametrów – wysokości nakładów, liczby udzielanych świadczeń i leczonych pacjentów oraz list osób oczekujących i czasu oczekiwania. Trudno to wszystko dzisiaj omówić szczegółowo, ale – jak powiedziałem – zachęcam do lektury, bo to wszystko jest dobrze opisane w sprawozdaniu. Jest w nim także mowa o zadaniach NFZ, o których mniej wiadomo, takich jak działalność profilaktyczna funduszu, projekty realizowane ze środków unijnych czy działalność kontrolna. Pozwolę sobie przedstawić państwu kilka wymienionych kwestii, oczywiście w dość skrótowy sposób.

Przed wszystkim należy zauważyć, że podstawowa opieka zdrowotna w zeszłym roku odnotowała największą aktywność chyba w historii – zostało udzielonych 191 mln świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczy to zarówno porad lekarskich, jak i wizyt pielęgniarek i położnych. Warto zwrócić uwagę, że wzrost wynika w dużej mierze z objęcia większej grupy opieką koordynowaną. Zanotowaliśmy 29,2 mln pacjentów, którzy skorzystali w ubiegłym roku ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Można powiedzieć, że to dużo, ale z drugiej strony to oznacza, że ponad 7 mln osób nie skorzystało ze świadczeń POZ. Myślę, że warto te osoby objąć chociażby programami profilaktycznymi, w tej chwili to jest „Moje zdrowie”, koordynowanymi przez podstawową opiekę zdrowotną i wówczas, miejmy nadzieję, liczba osób korzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej jeszcze wzrośnie.

Warto zwrócić uwagę, że z ponad 190 milionów porad nie więcej niż 10% to są tzw. teleporady i jest to zdecydowanie mniej niż w okresie pandemii. Ta wielkość, ok. 9–10%, utrzymuje się już od kilku lat.

Odnotowaliśmy nieznaczny spadek liczby podmiotów, z którymi mamy zawarte umowy w opiece podstawowej, ale nadal jest to ponad 5 tysięcy. W dużej mierze zmniejszenie liczby tych podmiotów to efekt konsolidacji mniejszych podmiotów.

W przypadku leczenia szpitalnego odnotowaliśmy wzrost wartości umów o prawie 17%, mamy prawie 1000 umów ze świadczeniodawcami. Przeprowadziliśmy 18,5 mln hospitalizacji dla blisko 9 mln pacjentów, czyli przeciętnie notujemy 2 hospitalizacje na jednego leczonego szpitalnie. Liczba hospitalizacji wzrosła o prawie 7% i analogicznie odnotowaliśmy także wzrost liczby pacjentów. Nadal są oczywiście kolejki czy listy oczekujących, w szczególności w przypadku oddziałów otolaryngologicznych, chirurgii urazowej, neurochirurgii i gastroenterologii.

Bardzo dużo działa się w zeszłym roku w programach lekowych i chemioterapii. Mówiąc konkretnie, pojawiło się 14 nowych programów spośród realizowanych 133, z których 42 to programy onkologiczne. Pojawiło się 50 nowych substancji, programy lekowe odnotowały znaczący wzrost – ponad 13 mld zł. Jeżeli dodamy do tego odrębnie finansowane substancje w chemioterapii, to po raz pierwszy w ubiegłym roku wartość tych świadczeń, czyli chemioterapii i programów lekowych, była większa niż refundacji aptecznej. To się zdarzyło pierwszy raz w historii i wydaje się, że w tym roku będzie podobnie.

Profilaktyczne programy zdrowotne. Proszę państwa, zawsze mieliśmy pewien problem z niewykonaniem i chyba nadal nie wykonaliśmy wszystkich planowanych świadczeń, chociaż płacimy za wszystko, co się wydarzy, ale warto zwrócić uwagę, że w ciągu ostatnich 2 lat, czyli w okresie 2022–2024, nakłady i wykorzystanie środków na profilaktyczne programy wzrosły z 204 mln zł do 500 mln zł, czyli prawie dwuipółkrotnie i to jest bardzo znaczące. Nie wiem, jak dyr. Jankowski liczy „Moje zdrowie”, ale myślę, że w tym roku pewnie nie będzie mniej.

Kolejna pozycja – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Ona jest nielimitowana i odnotowaliśmy istotne wzrosty liczby świadczeń, ale także wartości, przy czym tutaj w dużej mierze dynamika wzrostu kosztów jednostkowych porad jest wyższa niż rosnącej liczby tych porad i liczby obsługiwanych pacjentów. Wydaje się, że to była jedna z najszybciej rozwijających się dziedzin w ostatnim okresie.

Kolejki do większości lekarzy się nie skróciły, natomiast warto zauważyć, że czas oczekiwania pacjentów w stanie stabilnym utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie. Dość istotnie rośnie natomiast udział skierowań o charakterze pilnym, mimo że – tak jak mówię – jest to kwestia nielimitowana finansowo i wydaje się, że to nie pieniądze są głównym problemem utrzymujących się kolejek.

W leczeniu szpitalnym odnotowaliśmy wzrost nakładów o 16,7% w stosunku do 2023 r. Bardzo podobne wielkości dotyczą zarówno sieci szpitali, czyli szpitali PSZ, jak i pozostałej części. W sieci szpitali to było 16,5% i mniej więcej na tym poziomie utrzymywały się szpitale pierwszego stopnia, czyli powiatowe. Największy wzrost odnotowano w przypadku szpitali onkologicznych, a z kolei nieznaczny spadek wystąpił w endoprotezoplastyce, ale był to spadek głównie w przypadku endoprotez stawów biodrowych, natomiast to, co ważne – wzrosła liczba endoprotez stawów kolanowych, tych trudniejszych. Niestety rośnie też trochę liczba reoperacji, operacji rewizyjnych, więc sądzę, że stanie się to przedmiotem dalszego badania. To, co się z kolei udaje i cały czas rośnie, przepraszam, że mówię tak optymistycznie, to porody fizjologiczne ze znieczuleniem. W ubiegłym roku to było już 22,7%, a więc w ciągu 2 lat mamy wzrost prawie dwukrotny i to się raczej nie zatrzyma. Oczywiście nie da się ukryć, że także ekonomiczny czynnik motywacyjny ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia miał tu duże znaczenie.

W zeszłym roku w przypadku opieki psychiatrycznej, a konkretnie w przypadku Centrum Zdrowia Psychicznego, wzrosła liczba kolejnych podmiotów pilotażu z 95 do 112, a od 2022 r. ta liczba jest prawie dwukrotnie większa.

Co ważne, w okresie tych 2 lat o prawie 300% wzrosła liczba świadczeń udzielanych ambulatoryjnie.

Odnotowano także duży wzrost finansowania, co wynika głównie ze zmiany koszyka materiałów i dostępnych świadczeń dla dzieci w leczeniu stomatologicznym, prawie o 17%, i w opiece paliatywnej – prawie o 30%, co w znacznej mierze wynika z kwestii demograficznych.

O ponad 20% wzrosła refundacja za leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę. Ponad 20%, a więc wzrost powyżej średniej. Warto zwrócić uwagę, że większa część tej wartości, powiedziałbym, że nawet ok. 60%, to są leki wydawane na podstawie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia, czyli dotyczy to zarówno seniorów, jak i dzieci.

Może powiem też kilka słów na temat list oczekujących. Rosła liczba osób sukcesywnie skreślanych z kolejek oczekujących, a pamiętajmy, że są to osoby, które są zapisywane po raz pierwszy. Wydaje się, że po prostu podaź w tym przypadku nie nadaża za popytem i dlatego rośnie liczba oczekujących, tak jak mówiłem, głównie w stanie nagłym. Mamy trend demograficzny starzejącego się społeczeństwa oraz być może w niektórych specjalnościach nadal deficyt personelu. Warto jednak zauważyć, że w tym zakresie występuje spore zróżnicowanie regionalne w związku z niewystarczającą liczbą osób.

Centralny Wykaz Ubezpieczonych. Ogólnie rzecz biorąc, dużej zmiany tu nie odnotowaliśmy, jeśli chodzi o liczbę ubezpieczonych i liczbę osób, bo one są dosyć mocno skorelowane. To, na co warto zwrócić uwagę i co będzie pewnie widoczne jeszcze bardziej w następnych latach, to wzrost liczby ubezpieczonych głównie w dużych metropoliach, czyli mazowieckie i Warszawa, Małopolska i Kraków, Dolny Śląsk i Wrocław, Pomorze i Trójmiasto, i jeszcze Poznań, natomiast w pozostałych województwach mamy spadki. W tej chwili tak naprawdę znacząca część populacji przenosi się do większych ośrodków. Zaskakujące jest natomiast to, że notujemy spadek liczby ubezpieczonych w CWU w województwie śląskim, i to największy, bo o ponad 15 tysięcy.

Jeśli chodzi o koordynację i leczenie za granicą w ubiegłym roku, to w tym zakresie odnotowaliśmy wzrosty, pandemia jest już nieodczuwalna. Odnotowaliśmy ponad 14 tys. wniosków o zwrot kosztów leczenia w innych krajach, dotyczy to świadczeń ambulatoryjnych, przede wszystkim usunięcia zaćmy. Natomiast 95% wszystkich wniosków dotyczyło leczenia na terenie Czech. Prezes NFZ wydał 99 decyzji dotyczących skierowań do leczenia za granicą, w tym 85 zgód, 8 odmów i 6 umorzeń.

Działania kontrolne w roku 2024. Kontrole i czynności sprawdzające, łącznie 2750, wzrost o 67 działań. Skutki finansowe tych kontroli, nieco niższe niż w roku 2023, ale nadal było to ponad 130 mln zł. To są nałożone kary umowne i środki do zwrotu.

Warto także powiedzieć, bo tego się może nie dostrzega, że NFZ opiniuje wnioski inwestycyjne przed wydaniem decyzji przez ministra zdrowia o zasadności tych inwestycji. W ubiegłym roku było to łącznie 1277 wniosków, ponad dwa, a w zasadzie prawie trzy razy tyle, co w roku 2023.

I ostatnia informacja – w ubiegłym roku Narodowy Fundusz Zdrowia był kontrolowany 45 razy, z czego ponad połowa to kontrole NIK.

To tyle z mojej strony. Jeżeli są pytania, to jestem do dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy chce pan jeszcze zabrać głos, panie ministrze?

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Maciejewski:

Nie, bardzo dziękuję. Myślę, że pan dyrektor przedstawił sprawozdanie wystarczająco szczegółowo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, w takim razie dziękuję za przedstawienie informacji i otwieram dyskusję.

Proszę, pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Co prawda nie było w tej pierwszej części informacji ministra finansów, ale rozumiem, że skoro minister finansów nie zaakceptował planu finansowego, to w sumie co miałby opiniować?

Głos z sali:

Opiniował, panie pośle.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Komisja Finansów zaakceptowała sprawozdanie.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Ale mówimy o ministrze finansów, a nie o Komisji Finansów, chociaż podobno z Komisji Finansów często wychodzą przyszli ministrowie finansów, czego pani poseł Skowrońskiej życzę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, my rozpatrujemy ten projekt jako Komisja Zdrowia.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Oczywiście, ale ten punkt został po prostu pominięty.

Szanowni państwo, znalazłem w tym sprawozdaniu następującą informację, cytuję: „Wśród najczęstszych przyczyn ograniczonej dostępności do świadczeń można wyróżnić niewystarczające nakłady finansowe na realizację świadczeń, ograniczenia finansowe wynikające z wartości kontraktów zawieranych przez NFZ”. W związku z tym mam pytanie do pana prezesa Szulca. O ile należałoby zwiększyć nakłady w ocenie pana prezesa, aby te ograniczenia zlikwidować? Myślę, że to jest chyba najważniejsze pytanie, na jakie możemy uzyskać dzisiaj odpowiedź. Ta informacja znajduje się chyba na 141 czy 143 str. dokumentu, który pan prezes nam przysłał na dzisiejsze posiedzenie Komisji, więc na pewno państwo macie to wszystko policzone.

Mam też pytanie dotyczące dynamiki wydatków na świadczenia. W 2024 r. ta dynamika bardzo niepokojąco spada. Ona rosła przez ostatnie lata, ale na przykład dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ubiegłym roku ta dynamika była najniższa od roku 2021. Czy to nie jest tak, że to jest właśnie jeden z powodów, dla których mamy najdłuższe kolejki w historii, zgodnie z raportem Fundacji Watch Health Care. W 2024 r. była także najniższa od 2020 r. dynamika wzrostu wydatków na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, a to przecież państwo bardzo mocno podkreślaliście, również składając polityczne deklaracje, że na tym wam bardzo zależy. Odnotowaliśmy także najniższą od 2021 r. dynamikę wzrostu wydatków na rehabilitację.

Pan dyr. Dziełak mówił o finansowaniu leczenia zagranicznego, tam chyba było podjętych niecałe 100 decyzji. Wydaje mi się, że każdy poseł, ale także chyba każdy Polak widział internetowe zbiórki na leczenie dzieci. Mam więc pytanie do pana prezesa – czy państwo jesteście przekonani, że ten system, który daje wielu osobom uprawnienia do finansowania leczenia za granicą, działa dobrze? Czy na pewno było tylko niespełna 100 przypadków, w których warto było się o to ubiegać? Może jest tak, że ten system po prostu nie jest wystarczająco dobrze rozreklamowany wśród personelu medycznego i lekarze nie wiedzą o tym, że zamiast wchodzić w niepewną zbiórkę pieniędzy w internecie, leczenie zagraniczne można sfinansować zgodnie z prawem ze środków funduszu?

Piszecie państwo w sprawozdaniu, że wydano 1600 tys. zł na projekt „Odwrócona piramida świadczeń”. Zwróciłem się do Ministerstwa Zdrowia w trybie kontroli poselskiej z prośbą o przekazanie dokumentów związanych z tym projektem, ale mi odmówiono, więc może dzisiaj pan prezes opowie, na co wydano te pieniądze i jakie są efekty realizacji tego projektu w 2024 r.?

Chciałbym też zapytać – przyznam szczerze, nie pamiętam dokładnie, kiedy to weszło, ale może to było w 2024 r. – czy są już widoczne efekty uwolnienia preskrypcji recept „S”? To jest państwa propozycja, żeby można było poza systemem Narodowego Funduszu Zdrowia przepisywać bezpłatne leki. Widzimy jednak, że koszty tych bezpłatnych leków rosną, i stąd moje pytanie, czy w 2024 r. było to już widać, czy państwo macie jakieś szacunki, mniej więcej, w jaki sposób to wpłynie na sytuację? Od razu zastrzegam, iż możliwe, że to weszło dopiero w tym roku i wtedy oczywiście przepraszam za to pytanie.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

To był luty tego roku.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

To w takim razie przepraszam, nie pamiętałem tego dokładnie.

Chciałbym także zapytać, jak to jest możliwe, że nastąpiło niewykonanie umów na ponad miliard złotych, skoro z informacji od dyrektorów szpitali wynika, że nie wszyscy dostali pieniądze za nadwykonanie, a państwo jednocześnie piszecie, że coś takiego nastąpiło.

Zauważyłem także, że dokonaliście państwo zbycia obligacji ministra finansów. W związku z tym chciałbym poprosić o informację na temat procesu zbywania tych obligacji, tzn. kiedy konkretnie zostały zbyte, ile trwało czekanie na zgodę ministra finansów od momentu zwrócenia się z prośbą o jej udzielenie.

W sprawozdaniu jest również zawarta informacja, że 94% kontroli zakończyło się wskazaniem nieprawidłowości. Czy w związku z tym fundusz planuje radykalne zwiększenie liczby kontroli? Jeżeli 19 kontroli na 20 pokazuje, że coś jest nie tak, to chyba należy przypuszczać, że skala nieprawidłowości w systemie jest gigantyczna.

Posel Joanna Mucha (Polska2050-TD):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani poseł, spróbujmy może najpierw sprawdzić, czy na pewno tak jest, czy może jednak nie.

To wszystkie sprawy, o które chciałem zapytać. Jeżeli któreś pytania wymagają na tyle szczegółowych odpowiedzi, że państwo nie jesteście w stanie ich teraz udzielić, to oczywiście poproszę o odpowiedź na piśmie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę, pan poseł Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Od razu powiem, że postaram się wykorzystać pana ministra Maciejewskiego, który jest wprawdzie specjalistą ginekologiem-położnikiem i perinatologiem, ale ja chciałbym wykorzystać jego obecność, żeby upomnieć się o mężczyzn, a dlaczego, to państwu za chwilę wyjaśnię. Najpierw jednak odniosę się do tematów dzisiejszego posiedzenia.

Przeglądając i analizując plan finansowy na 2024 r., muszę zauważyć, że jawi się obraz, który na pewno nie napawa optymizmem. On jest smutny, aczkolwiek takie są po prostu realia. Zresztą na poprzednich posiedzeniach Komisji pan prezes wyraźnie mówił, że nie jest w stanie zapłacić za wszystkie świadczenia, które zostały wykonane w szpitalach, bo budżet jest taki, jaki jest, a z pustego nawet Salomon nie należy. Oczywiście to jest prawda, natomiast przypomnę tylko, że w 100 konkretach na 100 dni mówiliście, że w ogóle zniesiecie limity przyjęć do szpitala, a więc rozjazd merytoryczny i poznawczy jest wręcz kosmiczny. Teraz mówicie, że to jest absolutnie niemożliwe, a w kampanii wyborczej twierdziliście, że zniesiecie limity. Można powiedzieć, że mieliście praktycznie zerowe rozeznanie.

Szanowni państwo, pomimo tego, że budżet państwa dołożył do Narodowego Funduszu Zdrowia 22,4 mld zł, to i tak fundusz wykazał stratę w wysokości 7,7 mld zł. To jest bardzo duża strata, zwłaszcza jeśli się uwzględni, że nie mieliście zatwierdzonego planu finansowego przez ministra finansów i mogliście dowolnie tworzyć pewne realia. W sumie to jednak dobrze, bo przecież zdrowie jest najważniejszą wartością społeczną. Zwracam jednak uwagę, że praktycznie skorzystaliście z tego, że de facto praktycznie zniesiono fundusz zapasowy, tam było 9,5 mld zł, więc wzięliście te pieniądze. Oczywiście na potrzebne świadczenia.

Proszę państwa, ja chciałbym zadać tylko jedno pytanie dotyczące Funduszu Medycznego. Jak wygląda obecnie realizacja Funduszu Medycznego? To jest konkretne pytanie.

A teraz nawiązuję do tego, co pan minister Cieszyński powiedział przed chwilą na temat leków refundowanych, chciałbym poinformować, że tygodnie temu albo już nawet kilka miesięcy temu złożyłem interpelację do pana ministra dotyczącą refundowania najdroższego obecnie leku na świecie na dystrofię mięśniową Duchenne'a. W całej Polsce organizuje się zbiórki środków na zakup tego leku, natomiast ja zaproponowałem, żeby pozyskać pieniądze na ten cel z Funduszu Medycznego, tak jak to zrobiono w przypadku refundacji leków na SMA, czyli rdzeniowy zanik mięśni.

Te leki, jeden i drugi, to naprawdę rewolucyjne osiągnięcia, natomiast ministerstwo mi odpowiedziało, że będzie się nad tym zastanawiać, jeśli Komisja Europejska dopuści ten lek do stosowania w Europie. Jak wiadomo, początkowo tylko FDA, czyli amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków, dopuściła ten lek, natomiast Komisja Europejska dopuściła go w czerwcu 2025 r. Stąd moje pytanie, czy rzeczywiście zajmiecie się państwo rozwiązaniem tego problemu, tak żebyśmy mogli refundować ten lek, givinostat, żeby on był wreszcie dostępny dla tych chłopców, których rodzice organizują teraz zbiórki pieniędzy na ten cel w całej Polsce. Oczywiście tak jak

w przypadku SMA powinniśmy prowadzić badania przesiewowe. Obecnie każdy noworodek w Polsce jest badany obowiązkowo na SMA i tak samo moglibyśmy sprawdzać dystrofię mięśniową Duchenne'a. To jest jedna kwestia.

Teraz chcę zwrócić się do pana ministra. Panie ministrze, IV kwartał 2024 r. był wręcz bardzo smutny, ponieważ wtedy zamykano niektóre oddziały szpitalne. Przypomnę, że tylko w województwie mazowieckim zamknięto 4 oddziały położnicze i 3 oddziały neonatologiczne, a w całej Polsce w tym czasie zamknięto 23 oddziały położnicze. To jest bardzo niepokojąca sytuacja i dlatego zwracam się do pana ministra o to, żebyśmy wykazali szczególną wrażliwość i poczynili niezbędną refleksję w kontekście utrzymania oddziałów położniczo-ginekologicznych.

Kolejna sprawa to kwestia refundacji. Rzeczywiście w 2024 r. na refundację przeznaczono o 2 mld zł więcej niż w roku wcześniejszym, co wynikało przede wszystkim z faktu, że znacząco rozszerzyliśmy krąg osób, które będą miały refundowane leki – powyżej 65. roku życia i poniżej 18. roku życia. Ale uwaga – jako praktyk, lekarz endokrynolog powiem państwu, że niektóre leki, które są powszechnie stosowane przy każdej praktycznie grupie osób, a przede wszystkim w przypadku osób starszych, na przykład preparaty potasu, które były refundowane i pacjenci nie płacili za nie, teraz, jak się okazuje, wszystkie preparaty potasu są bardzo drogie. Kosztują 25 zł, 15 zł – zależy jaki preparat, a pacjenci, którzy biorą diuretyki pętlowe, praktycznie obowiązkowo muszą się suplementować potasem i to bardzo obciąża kieszenie tych pacjentów.

Z jednej strony zwiększamy refundację, a z drugiej strony po cichu włączamy do odpłatności pewne leki, które są powszechnie stosowane. Proszę państwa, w nadczynności tarczycy nie ma żadnego leku w Polsce, który byłby refundowany, nie ma żadnego takiego leku. Są trzy rodzaje leków i żaden nie jest refundowany, wszystko jest na 100%, a mówimy o nadczynności tarczycy, bardzo powszechnej chorobie w naszym kraju. Gwoli sprawiedliwości należy jednak powiedzieć, że w czasach naszych rządów te leki też były na 100%. Teraz miało być lepiej.

Z niepokojem odebrałem informację, że o 148 mln zł zmniejszyliśmy koszty leczenia antyretrowirusowego, czyli choroby HIV. Czy osłabła ta choroba albo zmniejszyła się znacząco liczba pacjentów? Co z farmakologiczną praktyką u tych osób, które mają wiremę, ale nie mają jeszcze żadnych objawów? Profilaktyka jest bardzo ważna, ponieważ te osoby mogą nieświadomie zarażać. Dlaczego zostały zmniejszone koszty leczenia antyretrowirusowego? Jakie są tego powody?

I jeszcze kwestia akredytacji. Wchodzi ustawa o jakości w służbie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta i rozpoczyna się akredytacja wszystkich szpitali, wszystkich placówek medycznych, ale na te działania jest przeznaczonych 0 zł. Dlaczego? Co się w tej sprawie dzieje? Kolejna rzecz to centralna rejestracja – tutaj też mamy 0 zł po stronie kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia. Niby wchodzimy w centralną rejestrację, ale w NFZ jakoś tego nie widać.

I wreszcie wynagrodzenia. Zapewne pan prezes pamięta moje wystąpienia na temat wynagrodzeń pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, sam je zresztą określił jako akty strzeliste. Przed chwilą powiedział pan, że koszty administracji to 0,69% kosztów ogółem. We wcześniejszych latach bywało z tym różnie, raz było to 0,39%, innym razem 0,49%. Zwracam uwagę, że koszty administracji są relatywnie bardzo małe, zwłaszcza w kontekście bardzo dużych obciążeń pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia. Średnie wynagrodzenie w NFZ wynosi 10,4 tys. zł, tylko że liczyliście je państwo łącznie z wynagrodzeniem prezesów i dyrektorów waszych placówek, które wynosi trzy- lub czterokrotność średniej krajowej, więc ten obraz, jeśli chodzi o poziom średniego wynagrodzenia w NFZ, jest trochę zafałszowany. Nadal będę się upominał o godną płacę dla pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia. Rośnie liczba obowiązków, zwiększa się obciążenie pracą, natomiast cały czas pracownicy NFZ pozostają niedoceniani. Wdrożono wprowadzić unijne programy, dzięki którym zwiększono etatyzację, ale sytuacja tych pracowników jest taka, że kiedy te programy się skończą, oni będą musieli odejść z pracy.

Teraz chciałbym się zwrócić bezpośrednio do pana ministra w kwestii, której raport nie obejmuje. 17 września br. wchodzi w życie przepis, że do psychologa, optometrysty i lekarza medycyny sportowej pacjent będzie mógł się zgłosić bez skierowania. Pamiętamy oczywiście, że bez skierowania można się także dostać do ginekologa-położnika, onkologa, wenerologa, lekarza stomatologa i psychiatry. Panie ministrze, chciałbym się upomnieć o to, aby mężczyźni mogli chodzić również bez skierowania do urologa. Niech będzie sprawiedliwie – ginekolog jest przecież dostępny bez skierowania. Przypominam, że 20% nowotworów u mężczyzn to nowotwory gruczołu krokowego. Dlatego, panie ministrze, apeluję do pana i proszę, w imię równości i sprawiedliwości, żeby umożliwić mężczyznom wizyty u urologa bez skierowania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję panu posłowi.

Proszę, pani posłanka Polak.

Poseł Elżbieta Anna Polak (KO):

Ze sprawozdania wynika, że finansujemy 133 programy lekowe, w tym 42 onkologiczne, i to niebagatelną kwotą 13 mld zł. Najwięcej wydaliśmy na leczenie raka piersi, raka płuc i stwardnienia rozsianego. Dla mnie jest to zaskakująca informacja, ponieważ spore środki wydajemy przecież na profilaktykę. Dlatego chcę zapytać, jaka jest zgłaszalność? Wiem, że zawsze była niska. Czy można coś w tym zakresie zrobić, żeby te statystyki poprawić i tym samym obniżyć koszty leczenia, skoro mamy bezpłatną mammografię? Odpowiednia profilaktyka z pewnością przyniosłaby pozytywny skutek w postaci zmniejszenia kwot wydawanych na leczenie pacjentów.

Zwróciłam uwagę, że znacznie wzrosła wartość kontraktów w szpitalach, bo aż o 16,7%. Chciałabym się dowiedzieć, ile wynoszą wynagrodzenia z tego tytułu? Jaki jest wskaźnik kosztów wynagrodzeń?

Niedawno mieliśmy spotkanie podkomisji ds. organizacji ochrony zdrowia z udziałem ekspertów, przedstawicieli dyrektorów szpitali, którzy wskazywali na konkretne propozycje rozwiązań systemowych, m.in. na niesłusznie ponoszone koszty na tzw. lekarza wyjazdowego. Chciałabym to państwu przekazać i zwrócić uwagę na tę sprawę.

Głos z sali:

Chodziło o tzw. lekarza nocnego i świątecznego.

Poseł Elżbieta Anna Polak (KO):

Dokładnie tak. Zwracam na to uwagę. Wniosków było zresztą sporo, ale nie chciałabym teraz zabierać państwu nimi czasu, ponieważ rozmawiamy o sprawozdaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Tamtym tematem na pewno się jeszcze zajmujemy.

Mam jednak następujące pytanie: czy w budżetach POZ są wydzielone środki na diagnostykę? Otrzymaliśmy bowiem informację, że są realizowane podwójne koszty na badania. Najpierw lekarze rodzinni kierują na badania, a później szpitale wykonują badania w swoich laboratoriach, więc znowu ponoszą koszty. Czasami najprostsze rozwiązania są najlepsze. Myślę, że załatwienie tego problemu mogłoby dać naprawdę spore oszczędności w skali kraju. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę, posłanka Mucha.

Poseł Joanna Mucha (Polska2050-TD):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Bardzo krótko, kontynuując niejako to, o czym mówiła przed chwilą pani poseł Polak. Rzeczywiście na ostatnim posiedzeniu podkomisji bardzo dużo rozmawialiśmy na temat nieefektywności w naszym systemie i pewnej rozrzutności tego systemu. Nie byłam członkiem Komisji Zdrowia przez kilkanaście ostatnich lat, wróciłam do tej Komisji po naprawdę bardzo długiej przerwie i mam wrażenie, że cały czas rozmawiamy o dokładnie tych samych tematach, tylko może liczby się trochę zmieniły... Powiedzmy, że liczby zmieniły się wyraźnie.

Jednym z tych tematów jest temat kontroli, na którą nie wydajemy wystarczająco dużo pieniędzy. Odnoszę wrażenie, że my po prostu nie mamy dobrych procedur ani dobrych schematów kontroli, że nie wykorzystujemy cyfryzacji do wyłapywania nieprawidłowości, że chyba w ogóle nie potrafimy na tę chwilę wykorzystywać sztucznej inteligencji do identyfikowania nieprawidłowości. Bardzo liczę w tym zakresie na pana ministra. Oczekuję, że faktycznie wdrożymy nowe podejścia do zagadnienia kontroli.

Nie chcę teraz zadawać państwu pytań. Uważam jednak, że ta kwota, którą pan przedstawił jako odzyskane środki ze względu na podejmowane kontrole, jest absolutnie nieadekwatna do budżetu NFZ, więc wydaje mi się, że ponadpartyjnie wszyscy powinniśmy w końcu zgodzić się na to, żeby wydawać więcej na kontrole, ale oczywiście nie tylko po to, żeby wydać pieniądze, ale przede wszystkim po to, żeby rzeczywiście uszczelnić system, żeby spowodować, żeby nie miały miejsca ani podwójne badania, ani wizyty, które odbywają się kilkukrotnie w różnych miejscach, żeby po prostu tego typu sytuacje się nie zdarzały, bo one odcinają tlen tym chorym, którzy rzeczywiście powinni trafić do lekarza w odpowiednim momencie. Dlatego apeluję o wypracowanie nowych procedur, nowych schematów kontroli, o wykorzystanie w tym celu cyfryzacji

i użycie sztucznej inteligencji. Pomyślmy o systemie od tej strony, bo przecież wszyscy wiemy, że teraz jest on jak mocno ciekące, dziurawe wiadro. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Posłanka Leniart, proszę bardzo.

Poseł Ewa Leniart (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, chciałabym zapytać o następującą rzecz. Pomimo że Narodowy Fundusz Zdrowia zakończył poprzedni rok ze stratą przeszło 7 mld zł, to jednak szpitale były zachęcane – nie chcę użyć innego słowa – do zawierania aneksów, w których rezygnowały z roszczeń za nadwykonania limitowane. Czy jest możliwe, że realny stanie się jakikolwiek powrót do tych rozliczeń i pojawi jakaś forma gratyfikacji dla szpitali, zwłaszcza dla szpitali powiatowych, których sytuacja jest bardzo trudna?

I druga kwestia. Zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia były finansowane w szczególności z Funduszu Medycznego. Wszyscy pamiętamy, że pani minister Leszczyna unieważniła konkurs na onkologię. Czy w związku z tym Ministerstwo Zdrowia przewiduje zwrot tych środków do Funduszu Medycznego? Jeśli tak, to kiedy? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, posłanka Szczurek-Żelazko.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, chciałabym rozpocząć od ogólnego spojrzenia na dokumenty, które od państwa otrzymaliśmy. Trochę mnie zdziwił załączony dokument ministra finansów, który bardzo ochoczo pisze, że zatwierdza sprawozdanie finansowe. Wiemy, że nieodłącznym elementem sprawozdania jest plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024 i wiemy doskonale, że ten plan finansowy nie został podpisany. Skoro mamy na sali przedstawiciela ministra finansów, to może w końcu dowiemy się, dlaczego ten plan nie został podpisany, mimo że taki obowiązek ustawowy ciąży na Ministerstwie Finansów. Dlaczego plan finansowy NFZ nie został podpisany zgodnie z prawem? Tym bardziej że w tej chwili minister finansów nie ma już zastrzeżeń do wykonania tego planu. Proszę nam powiedzieć, w którym momencie ten plan został zmodyfikowany, bo to się odbyło chyba poza wiedzą Komisji Zdrowia. Kiedy plan finansowy NFZ został zmodyfikowany w taki sposób, że jego wykonanie uzyskało akceptację ministra finansów? To jest pierwsza kwestia.

Druga kwestia – teraz już przechodzę do konkretów i może zacznę od strony przychodowej – pamiętamy, jak rozmawialiśmy na temat projektu planu finansowego NFZ. Zwracaliśmy wtedy uwagę na optymistyczne określenie wzrostu przychodów ze składek ZUS i KRUS. Państwo tłumaczyliście, że przyjęliście ogólne wskaźniki budżetowe, które pokazują, że wykonanie tych przychodów nie powinno być problemem. Niestety okazuje się, że tak do końca nie jest, ponieważ spada dynamika przychodów ze składek, zarówno z ZUS, jak i KRUS, co również, w pewnym stopniu, powoduje problemy w finansowaniu świadczeń. W mojej ocenie wyraźnie wiąże się to także z hamującą gospodarką w naszym kraju, co niestety ma miejsce pod rządami obecnej koalicji. Chciałabym na ten temat usłyszeć od państwa jakiś komentarz.

A teraz kwestie szczegółowe. Moje przedmówczynie zwróciły uwagę na problem nadzoru Narodowego Funduszu Zdrowia nad świadczeniodawcami. W ramach podkomisji ds. organizacji ochrony zdrowia wielokrotnie spotykaliśmy się i rozmawialiśmy ze świadczeniodawcami, ale też z konsultantami i ekspertami, i wnioski z tych spotkań są regularnie przesyłane do Ministerstwa Zdrowia. Ponieważ nie trafiają do nas pełne informacje na temat tego, w jaki sposób są konsumowane te propozycje zmian, czy w ogóle są one brane pod uwagę, w związku z tym mam prośbę do pana ministra, żeby raczył się zastanowić – proszę o przekazanie tej prośby pani minister – żebyście zastanowili się państwo nad kwestiami, które są poruszane w ramach obrad podkomisji, bo tam toczą się naprawdę bardzo merytoryczne prace i powstają propozycje konkretnych rozwiązań, które rzeczywiście mogą realnie poprawić sytuację, jeżeli chodzi o finansowanie służby zdrowia.

W toku debaty pojawił się problem ograniczonych możliwości kadrowych NFZ. Na to też zwracaliśmy uwagę w ubiegłym roku – mówił o tym mój kolega Hoc – że trzeba zwiększyć wskaźnik kosztów administracyjnych, jeżeli chodzi o NFZ. Możemy oczywiście na tym oszczędzać, ale przez to, że oszczędzamy w taki głupi sposób, to niestety środki, które znajdują się w dyspozycji

NFZ i powinny być wykorzystywane jak najbardziej racjonalnie, nie do końca utrzymują ten przymiot racjonalności. Proszę to potraktować jako sugestię na przyszłość do wykorzystania przy konstrukcji nowych planów finansowych. Na ten temat zresztą już kiedyś rozmawialiśmy.

Szanowni państwo, trochę ze zdziwieniem usłyszałam informację – to miało chyba być coś, czym należy się chwalić – że prawie dwukrotnie w ostatnich latach wzrosła liczba pilotaży. Przypominam sobie debatę, bodajże sprzed roku czy sprzed półtora roku, kiedy państwo suchej nitki nie zostawiliście na nas, zarzucając nam, że cały czas robimy tylko pilotaże, że pilotaż pogania pilotaż itd. Teraz nagle się okazuje, że pilotaże wam się spodobały i w tej chwili zwiększacie na nie nakłady. Co ciekawe, nie możemy jakoś doczekać się na efekty tych pilotaży, na ich podsumowania. Przykładem była choćby wczorajsza dyskusja, kiedy pytałam o to, jakie są efekty pilotażu związanego z wprowadzaniem e-rejestracji. Wiemy, że państwo przedłużyliście ten pilotaż do końca roku, państwo przedłużyliście ten pilotaż, a już od 1 stycznia wprowadzacie zmianę ogólną. Sądzę, że warto albo być konsekwentnym w przyjętej strategii działania, albo po prostu należy rezygnować z tego, co według państwa nie powinno istnieć.

Kwestia Funduszu Medycznego była już poruszana, ale zwracam uwagę, że w tym sprawozdaniu bardzo sprytnie państwo pokazaliście wykonanie Funduszu Medycznego za 2024 r., ponieważ podajecie tylko kwoty, natomiast nie ma odniesienia do wskaźnika wykorzystania. Prosiłabym o podanie takiej informacji. W jakim stopniu Fundusz Medyczny jest wykorzystany? Wielokrotnie zwracaliśmy państwu uwagę, że środki, które powinny być wykorzystywane i mogłyby zostać wykorzystane w zakresie właściwym dla przeznaczenia Funduszu Medycznego, znacznie poprawiłyby dostępność do świadczeń oraz jakość udzielanych świadczeń.

I jeszcze oczywiście kwestia proporcji, jeżeli chodzi o koszty świadczeń zdrowotnych. Nadal, jak powiedział pan prezes, 51,6% kosztów ogółem to są koszty świadczeń zdrowotnych. Od jakiegoś czasu słyszymy od państwa, że mówicie o odwróconej piramidzie świadczeń, że chcielibyście to robić, a jednak jedno z drugim nie bardzo idzie w parze – propozycja odwrócenia świadczeń z poziomem finansowania szpitali.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy, pani poseł.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jeszcze jedno, pani przewodnicząca. Bodaj pan dyrektor powiedział, co mnie zastanowiło i dlatego to sobie zapisałam, że – cytuję: „płacimy za wszystko, co się wydarzy”. Być może płacicie za wszystko, ale w jakiej wysokości? Poza tym nie byłabym jednak pewna tak do końca, że płacicie za wszystko, bo mieliśmy informację, że nie zostało zapłacone za wszystko. Dlatego radziłabym, żeby ważyć takie stwierdzenia, bo one są później wykorzystywane. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. W kontekście pierwszej części pani pytania tylko przypomnę, że dzisiaj przyjmujemy sprawozdanie za 2024 r., a pani poseł odnosiła się chyba do bieżącego roku.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Nie, pani przewodnicząca, ja wiem, o czym mówiłam. Mówiłam o roku 2024, natomiast nawiązałam do planu na 2025 r.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, rozumiem.

Mam tylko prośbę do wszystkich państwa, żeby mówić na temat sprawozdania, które dzisiaj przyjmujemy.

Pan poseł Bojarski, bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo.

Nie chciałbym wyręczać w odpowiedziach pana ministra, bo jestem przekonany, że świetnie sobie poradzi, odniosę się jednak do propozycji pana posła Hoca dotyczącej skierowań do urologa. Wydaje się, że jest zasadnicza różnica między potencjałem lekarza rodzinnego w kwestii zbadania ginekologicznego kobiety a możliwością udzielenia podstawowej porady urologicznej, oczywiście tylko w pierwszej fazie i o charakterze diagnostycznym. Mam tu na myśli zlecenie wykonania PSA, prostego badania, plus zlecenie USG.

Rozumiem oczywiście walkę pana posła o nas, mężczyzn, ale ten pomysł mógłby przynieść odwrotne rezultaty, tzn. mielibyśmy taką sytuację, w której pacjenci omijaliby lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pierwsza wizyta byłaby u urologa. W ten sposób jednak nie odwrócalibyśmy piramidy, tylko utrwalilibyśmy patologię... Może nie patologię, a nieprawidłowości, z którymi tak naprawdę chcemy walczyć. Zależy nam przecież na przekierowaniu pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza w pierwszej fazie leczenia. Wdrożenie pomysłu pana posła Hoca doprowadziłoby do zapełnienia poradni urologicznych, a porady specjalistów de facto ograniczałyby się dokładnie do tych samych działań, które może wykonać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. W konsekwencji wydłużylibyśmy kolejkę do poradni urologicznej, a nie skrócili ją i ułatwili mężczyznom dostęp do lekarzy specjalistów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, panie pośle.

Posłanka Skowrońska, bardzo proszę.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Chciałabym, żebyśmy wszyscy skupili się na temacie, którego dotyczy to posiedzenie, czyli na realizacji planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r. Jeżeli porównamy wynik finansowy NFZ za lata 2023 i 2024, to zobaczymy – i przypominam o tym wszystkim państwu – że za rok 2023, w którym skończyły się rządy Prawa i Sprawiedliwość, strata w Narodowym Funduszu Zdrowia wynosiła 16 362 000 tys. zł, natomiast wynik finansowy za rok 2024 to strata na poziomie 7 700 000 tys. zł. Uważam, że można być zadowolonym z faktu zmniejszenia straty NFZ.

W kontekście powyższego chciałabym przejść do planu finansowego na 2024 r., który zakładał przychody w wysokości 158 700 000 tys. zł, i one zostały zrealizowane z drobnym odchyleniem w planowanych przychodach z tytułu składek ZUS. Składki z ZUS nie zostały zrealizowane na kwotę 900 000 tys. zł.

Porównajcie sobie państwo te dane. Strata za 2023 r. wynosiła 16 362 000 tys. zł, natomiast strata za rok 2024 była już zdecydowanie, ponad dwa razy niższa.

Kolejna rzecz to nadwykonania. Kwestia, czy za nadwykonania płacimy w całości, czy nie, nie dotyczy tylko poprzedniego roku. To jest zjawisko, które występuje przynajmniej od 8–10 lat. W tym okresie nadwykonania nie były zapłacone w całości. Mamy w tym zakresie jeszcze zaszłości z czasów epidemii COVID. Po stronie przychodowej mamy ciągle środki dla szpitali za niektóre świadczenia z tytułu niezrealizowanych wówczas kontraktów.

Chciałabym poprosić prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o wyjaśnienie, czy państwo, zawierając kontrakty, robicie prognozę, jak wygląda w tych kontraktach kwestia środków na wzrost wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia. Ten element powinniśmy móc ocenić w trakcie roku, pani przewodnicząca, żeby wiedzieć, jak w zakresie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniają się koszty osobowe po stronie planowanych kosztów NFZ oraz jak się zmienia stan reszty środków, które świadczeniodawcy przekazują w postaci środków na leczenie. Taka informacja byłaby dla nas niezwykle interesująca.

Przypominam sobie dyskusję o wykonaniu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2023, kiedy pan prezes Szulc wskazywał, jak w rachunku ciążonym sprawy związane ze wzrostem wynagrodzeń przekładają się na bieżący wynik finansowy. Myślę, że w tym przypadku w 2024 r. to jest element rachunku ciążonego – wzrost wynagrodzeń w 2023 r., w lipcu. W każdym następnym roku finansowym musimy się liczyć z taką konsekwencją. To jest rzecz niezwykle ważna.

Szanowni państwo, tak, zdecydowanie chcielibyśmy, żeby nadwykonania były realizowane, także w zakresie świadczeń nielimitowanych, ale również przy okazji realizowania świadczeń limitowanych, umownych. Jeżeli pani przewodnicząca spowoduje, że dojdzie do takiej dyskusji, to możemy porozmawiać, jak wynagrodzenia przekładają się...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę kończyć.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Zmierzam ku końcowi. Dzisiaj mamy sytuację taką – zostały zrealizowane wydatki i wynik finansowy mamy lepszy. Chciałabym, żeby ze strony funduszu wskazano, jak był dofinansowany Narodowy Fundusz Zdrowia z budżetu państwa w roku 2024?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję...

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Proszę państwa, dzisiaj tylko zatwierdzamy sprawozdanie lub nie. Jeżeli znaleźlibyśmy nieprawidłowości w zaliczeniu... To jest stricte bilansowe rozwiązanie. Jeżeli chcemy mówić o potrzebach, to poświęcimy temu inne posiedzenie. Jeżeli natomiast wskażecie państwo jakieś nieprawidłowości w bilansie Narodowego Funduszu Zdrowia i w rachunku wyników, to o tym możemy porozmawiać dzisiaj. Dyskusja na inny temat będzie poboczna. Ona jest oczywiście także ważna, ale dzisiaj mówimy tylko o tym, co ujęto w kolumnach, czyli aktywa, pasywa, czyli przychody, wydatki i wynik finansowy. Interesuje nas tylko, czy wszystko jest poprawnie zestawione. Ja mam również wiele uwag i też chciałabym, żeby więcej świadczeń mogło być sfinansowanych i żeby nadwykonania mogły być zrealizowane w całości, limitowane i Nielimitowane, ale dyskusja tego nie dotyczy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy, pani poseł.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Chciałabym powiedzieć raz jeszcze na koniec, bo to warto przypomnieć. Rok 2023, końcówka rządów PiS, oddają budżet, strata 16 400 000 tys. zł, a dzisiaj mamy 7 700 000 tys. zł straty. O tym rozmawiamy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Chciałabym, żeby w kolejnym roku ta strata była jeszcze mniejsza o 7 mld zł. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, ostatnie wypowiedzi: poseł Giziński i posłanka Chybicka, jedno pytanie ze strony społecznej i poprosimy o odpowiedzi.

Posel Włodzisław Giziński (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Aż się boję, że przy tej bardzo profesjonalnej dyskusji o tym, jak uszczegółowić rynek usług medycznych, moja uwaga zabrzmi wręcz naiwnie. Proszę państwa, rynek usług medycznych jest specyficzny i musi być rynkiem regulowanym. Jeśli jednak wprowadzane przez nas regulacje są coraz bardziej szczegółowe, to ten rynek coraz mniej jest prawdziwym wolnym rynkiem, natomiast coraz bardziej zaczyna przypominać rynek centralnie zarządzany i sterowany. Jednocześnie coraz bardziej zmniejsza się rola usługobiorców, czyli naszych pacjentów. Przy okazji jakichś naszych perspektywicznych planów warto się chyba zastanawiać, czy przypadkiem nie jesteśmy już na poziomie preregulowanego rynku. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę, posłanka Chybicka.

Posel Alicja Chybicka (KO):

Szanowni państwo, nie miałam zamiaru zabierać głosu, a jednak się zdecydowałam, ponieważ chcę podkreślić, że znajdujemy się na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Tak, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, a czym jest zdrowie? Zdrowie to przede wszystkim jest człowiek. Dlatego, kiedy słyszę tutaj o jakichś ramach, o takich czy śmakach nadwykonaniach... Przecież każde takie nadwykonanie to jest chory człowiek, który za tym stoi. Nadwykonanie wymagalne to takie, że ten człowiek jest ciężiej chory, ale ten drugi człowiek, który ma zrobione świadczenie zdrowotne wykonane przez szpital czy przez przychodnię, to też jest człowiek.

Myślę, że jest chyba pora, żeby może wreszcie zmienić stosunek do pacjenta, żeby opieka medyczna była nastawiona na pacjenta na pierwszej, drugiej i trzeciej linii i żeby najważniejsze było to, co się dla niego robi, a nie pieniądze. Nie ma cenniejszej rzeczy niż zdrowie i życie ludzkie i na to pieniądze zawsze powinny się znaleźć, a nie szpital dostaje jakiś limit, tonie w długach, a gdzie tu w tym wszystkim jest pacjent?

Powiedzcie państwo, czy ktoś w ogóle powiedział dzisiaj słowo o pacjencie? A nawet jeżeli ktoś mówi o pacjentach, to są tylko słowa, za którymi zawsze kryją się wyłącznie pieniądze. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Ostatnio głos ma przedstawiciel strony społecznej, proszę uprzejmie.

Przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Mam pytania dotyczące sprawozdania z działalności. Bardzo nas niepokoi, że łączna strata na działalności za ostatnie 2 lata wynosi ponad 24 mld zł. To jest sytuacja bez precedensu od czasów wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Nigdy – podkreślam – nigdy taka sytuacja nie miała miejsca. Wyczerpano wszystkie limity finansowe.

Częścią tego problemu jest życie ponad stan. Dwa dni temu słyszeliśmy w niektórych wypowiedziach, zresztą bez szczególnego zażenowania, że bez wypłaty 100% nadwykonań niektóre szpitale powiatowe finansowo się nie zepną. To oznacza, że one są skalibrowane w taki sposób, iż muszą być finansowane w stu procentach ponad wartość umowy i stąd m.in. biorą się ujemne wyniki finansowe.

Mam dwa pytania dotyczące tego, co pojawia się w sprawozdaniu z działalności NFZ. Pierwsze dotyczy kwestii ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Widzimy, że wydatki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną na przestrzeni dwóch lat wzrosły o ponad połowę. W ubiegłym roku Narodowy Fundusz Zdrowia wydał na ten cel prawie 18 mld zł. Co więcej, liczba udzielonych porad wzrosła o ponad 11 mln i to wszystko dzieje się w czasach, kiedy z większym lub mniejszym sukcesem realizuje się opiekę koordynowaną w POZ, która teoretycznie powinna przeciwdziałać tym trendom. Dlatego chciałbym zapytać – to będzie niepopularne – czy nie należy odstąpić od nielimitowanego finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, biorąc pod uwagę, że w związku z nią wydajemy radykalnie więcej, udziela się dużo więcej porad, ale nie ma z tego żadnego efektu. Być może to jest właśnie ten element życia ponad stan i jego likwidacja być może zrealizuje postulat pani poseł Skowrońskiej, żeby za rok NFZ wyszedł na zero.

I drugi temat. Nie ukrywam, że od 10 lat uczestniczyłem w każdym posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, na którym procedowano nad rozwojem programu leków wydawanych nieodpłatnie. Widzę, że wydatki na ten cel w ubiegłym roku przekroczyły 3 mld zł, a przypominam, że są to wydatki, które nie zwiększają dostępności leków. To jest tylko pokrycie dopłaty pacjenta, ale dostępne dla wszystkich, praktycznie kwota może być nieograniczona. Dlatego jestem przekonany, że po nowelizacji z lutego te 3 mld zł to będzie tylko miłe wspomnienie dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Pytanie jest więc następujące: czy nie należałoby dokonać rewizji tego programu? Jeśli dobrze pamiętam dyskusje sprzed 9–10 lat o tym programie, to nie taki był jego cel, a przypominam, że wszyscy wtedy opowiedzieli się za tym programem.

Podsumowując, chciałbym się dowiedzieć, czy Ministerstwo Zdrowia planuje ograniczenie nielimitowanego finansowania AOS jako rozwiązania nieefektywnego i to samo pytanie dotyczy programu leków wydawanych nieodpłatnie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę przedstawicieli ministerstwa oraz Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie odpowiedzi. Kolejność dowolna.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

Wysoka Komisjo, spróbuję odnieść się do tych pytań, na które jestem w stanie odpowiedzieć, czyli kierowanych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pierwsza sprawa – proszę państwa, rozmawiamy o sprawozdaniu z działalności, o sprawozdaniu z wykonania planu finansowego i o sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2024. Ten plan został podpisany 29 września 2023 r. ze strony Ministerstwa Finansów przez pana ministra Skuzę, wtedy ministrem finansów była pani minister Rzeczkowska, oraz ze strony Ministerstwa Zdrowia przez pana ministra Kraskę, wtedy ministrem zdrowia była pani Katarzyna Sójka. To tylko tyle gwoili odniesienia się do kwestii, kto co podpisał lub czego nie podpisał, do kwestii zatwierdzenia czy też niezatwierdzenia planu finansowego NFZ, ponieważ część z państwa posłów miała wątpliwości, czy rozmawiamy o planie finansowym, który był zatwierdzony i podpisany, czy nie był podpisywany. Tak, mówimy o planie, który został zatwierdzony we wrześniu 2023 r. i który,

zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, później w ciągu roku obrotowego, a tak naprawdę jeszcze przed rozpoczęciem roku obrotowego, był modyfikowany i zmieniany, czego efektem są m.in. takie zmiany, o których wspomniałem, czyli wzrost przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia o ponad 15 mld zł i wzrost kosztów prowadzonej działalności o ponad 25 mld zł.

W państwa wypowiedziach pojawia się taka dychotomia, że z jednej strony mówimy o istotnych przyrostach, a z drugiej strony pan poseł Cieszyński mówił o najniższych przyrostach. To jest pewnie temat na dłuższą dyskusję – co, od czego zależy w ochronie zdrowia, ale nie tylko w ochronie zdrowia.

Bardzo chętnie odniosę się do pytania pana posła Cieszyńskiego, o ile powinny zostać zwiększone nakłady na ochronę zdrowia, żeby zlikwidować jakiekolwiek ograniczenia. W moim przekonaniu nie ma takiej kwoty, która spowoduje, że nie będziemy mieli żadnych ograniczeń. Niezależnie od tego, ile pieniędzy będzie w systemie, to i tak będziemy mieli do czynienia z co najmniej kilkoma ograniczeniami. Pierwsze zjawisko, jakie tutaj występuje, jest takie, że mówimy o dobrach, których cena sprzedaży, co do zasady, wynosi zero. Jeżeli cena sprzedaży wynosi zero, to znaczy, że nie jest kosztem dla tego, który to dobro pozyskuje. W takim przypadku, zgodnie z teorią mikroekonomii, popyt jest potencjalnie nieograniczony. Nie mamy tutaj takiej sytuacji, że w pewnym momencie będziemy w stanie wszystkim wszystko sfinansować bez jakichkolwiek ograniczeń, bo takiego zjawiska...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałbym złożyć wniosek formalny, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Wniosek formalny mogę złożyć w dowolnym momencie. Chciałbym złożyć wniosek o zarządzenie pięciominutowej przerwy, żeby w tym czasie pan prezes Szulc doczytał sobie podstawy mikroekonomii.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, chwileczkę. Wniosek formalny można złożyć wtedy, kiedy pan się zgłosi i otrzyma zgodę na zabranie głosu. Wówczas rozpatrzemy pański wniosek formalny, natomiast na pewno nie w takim trybie, w jakim pan to zrobił. Szanujemy się nawzajem, panie pośle. Nie przerywałam dzisiaj państwa wypowiedzi, mimo że niektórzy mówili bardzo długo. Naprawdę staram się szanować wypowiedź każdego z państwa. Jednak w taki sposób, jak pan to uczynił, nie zabiera się głosu na posiedzeniach sejmowych komisji. Pan sobie sam włącza mikrofon w dowolnym momencie i po prostu do niego mówi. Teraz na pytania parlamentarzystów odpowiada prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu pan przerwał, włączając sobie samowolnie mikrofon. Szanujemy się, naprawdę.

Chce pan, aby ten wniosek formalny został przegłosowany?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Już powiedziałem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze.

Proszę posłów o zalogowanie się i przeprowadzimy głosowanie.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Możemy odstąpić od głosowania.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Za chwilę rozpoczniemy głosowanie nad wnioskiem pana posła Cieszyńskiego.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Sekundę, pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Temat zakończony, przystępujemy do głosowania nad wnioskiem formalnym. Poseł Cieszyński zgłosił wniosek o zarządzanie pięciominutowej przerwy. Proszę państwa o zalogowanie się i przegłosujemy wniosek o pięć minut przerwy dla posła Cieszyńskiego.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Wnosiłem o przerwę dla pana prezesa, nie dla siebie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, jeśli pan prezes potrzebowałby przerwy, to sam by to zgłosił. To pan potrzebuje pięciu minut przerwy i teraz będziemy głosować nad pańskim wnioskiem. Kto jest za przyjęciem wniosku pana posła Cieszyńskiego o zarządzanie pięciu minut przerwy w obradach? To jest przerwa dla pana posła. Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał od głosu? Dziękuję, zakończyliśmy głosowanie, proszę o podanie wyników.

Głosowało 23 posłów. Za – 4, przeciw – 19, nikt się nie wstrzymał od głosu.

Niestety, panie pośle, nie dostanie pan tych pięciu minut.

Panie prezesie, proszę kontynuować odpowiedzi na pytania.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Chcę tylko powiedzieć, że nie uzurpuję sobie posiadania wszelkich możliwych kompetencji, natomiast staram się odpowiadać najlepiej, jak potrafię i jak najlepiej umiem. Jeżeli to nie zaspokaja wymagań pana posła Cieszyńskiego, to niestety nic na to nie poradzę.

Odnosząc się do innych ograniczeń, które są związane z możliwością zaspokojenia wszelkich oczekiwań, zwracam uwagę na jedną rzecz. W zakresach wielu świadczeń, w tym w szczególności w przypadku przytaczanej dzisiaj przez państwa po wielokroć ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mamy do czynienia z sytuacją, gdzie nie ma żadnych limitów, jeśli chodzi o możliwość wykonywania świadczeń. I sam pan poseł Cieszyński zauważył, że w czasie, kiedy tych limitów nie ma, bo ich nie było, mamy najniższą dynamikę wzrostu wartości wykonanych świadczeń w ciągu ostatnich czterech lat.

To jest prawda, tylko musimy pamiętać, że występujące ograniczenia niekoniecznie są tylko ograniczeniami wyłącznie kosztowymi, finansowymi czy cenowymi. Po prostu musimy pamiętać o tym, że ograniczenia bardzo często są związane z innymi aspektami działalności, na które mają wpływ nie tylko czynniki finansowe. Przy czym znowu, jeżeli popatrzymy na dynamikę za ostatnie trzy lata, bo tego dotyczyło pytanie pana posła, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, psychiatrii czy rehabilitacji, to pamiętajmy, że mamy do czynienia z dość mocno zaburzonym cyklem, jeśli chodzi o czas, który rozpatrujemy. Lata 2022, 2023 i 2024 to są czasy bezpośrednio postcovidowe. I tak na przykład, jeśli w roku 2020 mieliśmy ujemną dynamikę wzrostu, zarówno liczby, jak wartości świadczeń w stosunku do roku 2019, podobnie było w roku 2021, to w 2022 r. mieliśmy odbicie, częściowo także w roku 2023. Pomimo obniżenia dynamiki ona w wielu zakresach jest w dalszym ciągu dynamiką dwucyfrową. Zauważmy, że sam przyrost środków wynosi 16% w ujęciu rok do roku, jeśli chodzi o wykonanie w roku 2023 versus wykonanie w roku 2024, natomiast dynamika wzrostu wolumenu czy wartości świadczeń niekoniecznie w każdym zakresie ten trend powtarzają.

Według mnie nie jest to powód do jakichkolwiek zmartwień, aczkolwiek oczywiście, chociażby w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydaje się, że pewne działania są konieczne do podjęcia i one są podejmowane, i będą w dalszym ciągu podejmowane, żeby w przypadku AOS doprowadzać do dalszego zwiększania liczby porad pierwszorazowych, co może i powinno przełożyć się na skrócenie kolejek. Samo Nielimitowanie tych świadczeń, co widzimy po doświadczeniach czteroletnich, nie daje wprost takiego efektu, a mówiąc precyzyjnie – daje efekt, który nas nie do końca satysfakcjonuje.

Jeśli chodzi o odwróconą piramidę świadczeń, o którą pytał pan poseł, to jest to projekt realizowany wspólnie z Ministerstwem Zdrowia, którego realizacja będzie trwała do 2026 r. Wydatki na program odwróconej piramidy świadczeń odnotowane w roku 2024 to były głównie wydatki związane z wynagrodzeniami, w tym również z wynagrodzeniami ekspertów, czyli wynagrodzeniami zewnętrznymi.

Pan poseł pytał także o recepty „S”. Ja już o tym mówiłem. Recepta „S” weszła do systemu od 2 lutego 2025 r., a więc w sprawozdaniu za rok 2024 nie mogła zostać odzwierciedlona.

Kolejna rzecz – obligacje Skarbu Państwa. One były zbywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie od sierpnia do grudnia 2024 r., natomiast fundusz wystąpił o zgodę na zbycie tych obligacji w czerwcu 2024 r. i w czerwcu uzyskał taką zgodę od ministra finansów. Dokładne daty to bodaj 6 i 26 czerwca 2024 r., jeśli chodzi o wystąpienie i decyzję, czyli zgodę ministra finansów na zbycie obligacji.

Państwo posłowie pytaliście także o kontrole i o potencjalne zwiększenie środków na działalność kontrolną funduszu. W zasadzie dzisiaj Narodowy Fundusz Zdrowia nie prowadzi kontroli na ślepo, to znaczy, nie mamy do czynienia z sytuacjami, że kontrolerzy NFZ kontrolują wszystkie placówki udzielające świadczeń w danym zakresie. Jeżeli jakiś zakres jest kontrolowany, to zawsze do czynienia z kontrolami celowanymi, które wynikają z wcześniejszych analiz prowadzonych w funduszu pod kątem identyfikacji odchyleń bądź nieprawidłowości, na które należałoby zwrócić uwagę. Tutaj nie jest więc najistotniejsza ani liczba pracowników pionu kontroli, ani liczba samych kontroli. Zdecydowanie natomiast liczą się prace analityczne po stronie NFZ, które są prowadzone w sposób stały i ciągły.

Pan poseł Hoc spytał o e-rejestrację i autoryzację. One nie mogły się znaleźć w pozycjach planu finansowego, którego sprawozdanie dzisiaj omawiamy, bo dotyczą roku 2025 i najpewniej lat kolejnych, w związku z czym wydatki na autoryzację nie mogły znaleźć się w planie finansowym na 2024 r., bo to jest proces, który zaczyna się teraz. Podobnie wygląda sytuacja z wydatkami na e-rejestrację.

Natomiast jeśli chodzi o wynagrodzenia, o które pan poseł pytał, to podwyżka wynagrodzeń pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia w 2024 r. wyniosła 20% w ujęciu rok do roku, przy czym fundusz wynagrodzeń został zwiększony o 22,13% w stosunku do roku 2023. Natomiast wzrost wynagrodzeń pracowników administracyjnych, o których też pan pytał, już oczyszczony ze wzrostu wynagrodzeń kadry zarządzającej funduszu to 23%, a więc więcej niż każda z tych dwóch wartości, o których mówiłem przed momentem.

Pani poseł Polak i potem również pani poseł Skowrońska pytały o koszty wynagrodzeń. Proszę państwa, koszty wynagrodzeń są bardzo różne w zależności od podmiotu. Jeżeli chodzi o lecznictwo szpitalne, to zawierają się one najczęściej w przedziale pomiędzy 55% a 80–85% wartości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale mamy też placówki lecznictwa zamkniętego, które na wynagrodzenia przeznaczają mniej niż 50% czy nawet mniej niż 45% wartości umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Mamy oczywiście też i takie placówki, które na wynagrodzenia przeznaczają więcej niż 100% kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Rekordziści przeznaczają na wynagrodzenia powyżej 110%, a więc więcej pieniędzy niż przewiduje kontrakt z NFZ, niż kwoty, które uzyskują od Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pani poseł Skowrońska pytała również, niejako w związku z tym, o koszty realizacji. Koszty wynagrodzeń nie zależą bezpośrednio od Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast NFZ jest zobowiązany do realizacji rekomendacji wydawanej na podstawie ustawy o sposobie ustalenia minimalnego wynagrodzenia niektórych pracowników medycznych. I faktycznie, jeżeli popatrzymy na to, jak kształtowały się koszty realizacji rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które są adaptowane do systemu i płacone przez NFZ, kiedy popatrzymy, jak te koszty kształtowały się w czasie, to się okaże, że skutki rekomendacji z poszczególnych lat były następujące – będę je przedstawiał w ujęciu rocznym: rekomendacje z roku 2022 to 18 540 000 tys. zł, z roku 2023 to 17 233 000 tys. zł, rekomendacje z 2024 r. to 15 830 000 tys., a z 2025 r. – 16 328 000 tys. zł. Jeżeli policzymy łączny roczny koszt związany z realizacją rekomendacji przez NFZ, to w sumie w roku 2025 wyniesie on 58 652 000 tys. zł wobec 42 324 000 tys. zł w roku 2024, a więc dzisiaj możemy mówić o tym, że koszt realizacji ustawy w samym 2025 r., przyjmując 30 czerwca 2022 r. jako punkt odniesienia, to 58,5 mld zł, a więc więcej niż jedna czwarta wszystkich środków, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, zaś łączny koszt poniesiony do końca 2025 r. to będzie kwota 136 751 000 tys. zł.

Pani poseł Polak zapytała o zgłaszalność do programów profilaktycznych. Ta zgłaszalność jest różna w zależności od programu. W przypadku programu profilaktycznego raka sutka w 2024 r. wyniosła 32,7%, natomiast w 2025 r. w tym momencie jest to 33%, ale i tak jest to istotny wzrost w stosunku do roku 2023, bo wtedy zgłaszalność mieliśmy na poziomie poniżej 30%, niewiele przekraczającą 27%. Ale tak, pełna zgoda, pani poseł, że działania zmierzające do tego, żeby wspierać wszelką profilaktykę, żeby jak najwięcej o niej mówić, są jak najbardziej wskazane. Nie dalej jak dwa dni temu pani przewodnicząca Tomczak organizowała w Sejmie wydarzenie poświęcone tej kwestii. Uważam, że to absolutnie szczytna idea, i moim zdaniem pani

przewodniczącej należą się za to duże podziękowania. Oczywiście to prawda, że mamy problem ze zgłaszalnością i ten problem jest problemem stałym.

Pani poseł Skowrońska zapytała też o stratę w 2025 r. Proszę państwa, w tym momencie planujemy stratę w wysokości 2 600 000 tys. zł. Tyle mamy dzisiaj w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pani przewodnicząca, myślę, że to były chyba wszystkie pytania, na które mogę dzisiaj bezpośrednio udzielić państwu odpowiedzi. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, panie prezesie.

Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Skoro już zostałem wywołany do odpowiedzi, do wykorzystania przez pana posła Hoca, to dam się wykorzystać. Szanowny panie pośle, jeżeli chodzi o przesiew w kierunku choroby Duchenne’a, to nie ma kraju na świecie, który by taki przesiew wykonywał. Dotychczasowe pilotaże spaliły na panewce, bo okazało się, że wyniki są niestety niemiernodajne. Wielka Brytania po ocenie piśmiennictwa w ogóle wycofała się z tego projektu. Dodam, że w Polsce mamy już ponad 30 chorób rzadkich objętych przesiewem, jesteśmy drugim krajem w Europie po tym względem. Jak tylko technologia i możliwości pozwolą, to na pewno będziemy taki przesiew wykonywać. W tym roku rozpoczęliśmy pilotaż kolejnych trzech chorób rzadkich – mówię rozpoczęliśmy, bo ciągle jeszcze czuję się obecny w Instytucie Matki i Dziecka – wdrażany jest pilotaż przez Instytut Matki i Dziecka, on będzie rozszerzany, te rzeczy są konsekwentnie realizowane.

Jeśli zaś chodzi o urologa, to – tak jak powiedział pan prof. Bojarski – powinniśmy przede wszystkim zachęcać mężczyzn do programu „Moje zdrowie”, bo u mężczyzn występują nie tylko problemy urologiczne, ale także szereg innych chorób. My mężczyźni, wszyscy jak tutaj siedzimy, uderzmy się w piersi, nie lubimy chodzić do doktorów po żadne porady, a mimo wszystko uważam, że jednak większym problemem są choroby układu krążenia, otyłość i cukrzyca niż nawet ten problem urologiczny. Ale proszę także pamiętać, że nie odwrócimy piramidy świadczeń, jak będziemy najpierw szli do urologa, zamiast iść do lekarza rodzinnego. Zresztą w Wielkiej Brytanii po pojawieniu się operacji robotycznych, jeżeli chodzi o problem gruczołu krokowego u mężczyzn, i pewnym odblokowaniu mentalnym, wzrosła liczba operacji wykonywanych tą metodą i NHS zaczął weryfikować wskazania do tych operacji, czy aby na pewno były to etycznie wykonane operacje ze względu na nową technologię i zainteresowanie chirurgów oraz pewnie także ze względu na wycenę świadczeń. Musimy się nad tym dogłębnie zastanowić.

Natomiast generalnie, ponieważ przykład idzie z góry, proponowałbym, abyście państwo, tak jak pani przewodnicząca, promowali badania profilaktyczne i program „Moje zdrowie”, z którego warto jest korzystać.

Co do porodówek, to w ciągu ostatnich 5 lat ubyło nam 130 tys. porodów, w tym roku będzie mniej o kolejnych 20 tys. porodów. Biorąc pod uwagę współczynniki bezpieczeństwa dla pacjentek na oddziałach porodowych, uważa się, że bezpieczny szpital to taki, który ma powyżej 600 porodów rocznie, czyli tych 130 tys. porodów mniej powinno się przełożyć na zamknięcie 200 szpitali w Polsce, a to jest mniej więcej jedna trzecia wszystkich jednostek.

Pani prof. Wender-Ożegowska, konsultant krajowy w zakresie położnictwa i ginekologii, zgłosiła pomysł, jak w pewien sposób usprawnić funkcjonowanie pionu położniczego w Polsce i nad tym na pewno się zastanowimy w Ministerstwie Zdrowia. Postaramy się ten pomysł wdrażać w ramach ustawy o szeroko pojętej restrukturyzacji szpitali, aby zapewnić bezpieczeństwo Polek w tym zakresie. Przy wykorzystaniu nowych technologii takie rzeczy są możliwe, mamy zrobione pilotaże, których skuteczność została już oceniona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Myślę, że wnioski będzie można na pewno wykorzystać.

Z mojej strony to wszystko, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za wyczerpujące odpowiedzi, zamykam dyskusję.

Przystępujemy do podjęcia decyzji. Szanowni państwo, opinia Komisji Zdrowia, o przyjęciu której będziemy decydować, brzmi następująco: „Opinia do ministra finansów i gospodarki w sprawie Rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r. Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu 11 września 2025 r. zapoznała się

z Rocznym sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 r. Komisja Zdrowia, na podstawie art. 130 ust. 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje przedstawione sprawozdanie”.

Przystępujemy do głosowania nad przyjęciem zaproponowanej opinii. Kto jest za przyjęciem opinii w takim brzmieniu? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał od głosu? Dziękuję, proszę o podanie wyników głosowania.

Głosowało 22 posłów. Za – 22, nikt nie był przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Stwierdzam, że Komisja pozytywnie zaopiniowała sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2024 r.

Szanowni państwo, teraz poddaję pod głosowanie wniosek o przyjęcie Łącznego sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r., druk nr 1658. Kto jest za przyjęciem powyższego wniosku? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał od głosu? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 22 posłów. Za – 21, nikt nie był przeciw, wstrzymała się 1 osoba.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła sprawozdanie z druku nr 1658.

Komisja musi jeszcze wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi sprawozdanie Komisji na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Proponuję, aby sprawozdawcą został poseł Norbert Pietrykowski. Czy wyraża pan zgodę?

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Tak.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy ktoś jest przeciwny? Nie widzę.

Stwierdzam, że Komisja wybrała posła Norberta Pietrykowskiego na sprawozdawcę Komisji.

Poddaję pod głosowanie wniosek o przyjęcie Roczego sprawozdania z działalności NFZ za 2024 r., druk nr 1659. Kto jest za przyjęciem powyższego wniosku? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał od głosu? Dziękuję, proszę o podanie wyników głosowania.

Głosowało 23 posłów. Za – 23, nikt nie był przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła sprawozdanie z druku nr 1659.

Komisja musi jeszcze wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi sprawozdanie Komisji na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Ponownie proponuję, aby sprawozdawcą został poseł Norbert Pietrykowski. Rozumiem, że pan poseł się zgadza.

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Tak.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy ktoś jest przeciwny? Nie widzę.

Stwierdzam, że Komisja wybrała posła Norberta Pietrykowskiego na sprawozdawcę Komisji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam posiedzenie Komisji, dziękuję bardzo.