



DLF.050.59.2024.KG
Warszawa, 29 października 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 5367 Pani Anny Pieczarki Posłanki na Sejm RP, z dnia 14 października 2024 r., w sprawie uregulowania kosztów za tzw. nadwykonania w placówkach służby zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

- 1. Czy można mieć pewność, że wszelkie zaległe koszty poniesione przez polskie szpitale, będą im zwrócone?**
- 2. Jeśli tak, to kiedy?**
- 3. Czy obywatele naszego kraju mogą mieć pewność, że konstytucyjny dostęp do bezpłatnych świadczeń medycznych będzie im zagwarantowany?**

Na wstępie należy zaznaczyć, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych NFZ należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z powyższym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2024 został sporządzony zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych i w dniu 29 września 2023 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

Ujęte w zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ wynosiły **166 168 207 tys. zł.**

W wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ (poz. B planu finansowego) zostały zwiększone łącznie o **21 165 577 tys. zł** do poziomu **187 333 784 tys. zł**.

Finansowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;

- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.), zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest dofinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 te same ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

Jednocześnie należy wskazać, że NFZ ma obowiązek pokrycia wszystkich świadczeń nielimitowanych, a ich finansowanie odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym szczegółowymi warunkami zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi w sytuacji, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w tychże zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

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

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

Ponadto należy wskazać, że zgodnie z zarządzeniem Nr 24/2024/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2024 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 rok, zabezpieczone zostały środki finansowe w kwocie **2 237 597 tys. zł** niezbędne na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w limitowanych i nielimitowanych zakresach świadczeń. Wykorzystując powyższe środki, zgodnie z informacją Centrali NFZ, dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ rozliczyli i sfinansowali świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w 2023 r. ponad limit umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości **3 mld złotych**, z przeznaczeniem na konkretne obszary świadczeń, m.in.:

- leczenie onkologiczne i diagnostykę onkologiczną dzieci i dorosłych;
- psychiatrię dziecięcą;
- leczenie i diagnostykę chorób rzadkich dzieci.

Decyzją Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń:

1) pierwsza transza środków na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. w kwocie **1 246 mln zł** została przeznaczona na zwiększenie kosztów świadczeń w oddziałach wojewódzkich NFZ w celu sfinansowania nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za I kw. 2024 r.;

2) w dniu 13 września 2024 r., do NFZ zostały przekazane zwiększone środki w łącznej wysokości **1 648,65 mln zł**, które zostały przeznaczone na sfinansowanie nadwykonań za I półrocze 2024 r. w zakresach nielimitowanych;

3) w związku z decyzją Minister Zdrowia z dnia 14 października 2024 r. oraz decyzjami Ministra Finansów z dnia 15 października 2024 r., nastąpiło kolejne zwiększenie środków dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. odpowiednio o **500 mln zł** oraz **222,85 mln zł**.

Mając na uwadze przepis art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotował na zlecenie Ministra Zdrowia rekomendację Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji rekomendację w najkorzystniejszym dla świadczeniodawców wariantcie nr 3, tj. uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r., poz. 2139) oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu oraz zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ i liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie.

W związku z powyższym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej implementujące wariant nr 3 rekomendacji Prezesa AOTMiT.

W efekcie powyższego procesu aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półrocze 2024 r. o **7 856 969 981,23 zł**.

Niezależnie od powyższego pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia nieustannie podejmują działania umożliwiające finansowanie świadczeń ponadlimitowych, natomiast jeśli nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 131d ustawy o świadczeniach, na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przekazania NFZ dotacji podmiotowej lub wpłaty na zasilenie funduszu zapasowego NFZ.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/