



Minister  
Zdrowia



DLF.050.60.2024.DP  
Warszawa, 29 października 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w związku z interpelacją nr 5372 Pana Wojciecha Szaramy, Posła na Sejm RP z dnia 14 października 2024 r. w sprawie likwidacji limitów NFZ i problemów służby zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

**Kiedy zniesione zostaną limity NFZ w leczeniu szpitalnym? oraz**

**Jakie działania zmierzające do likwidacji limitów NFZ podjęto kierowane przez Panią Ministerstwo?**

Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wspólnie realizują projekt „Odwrócona Piramida Świadczeń”.

Celem projektu jest opracowanie założeń i wdrożenie rozwiązań systemowych, rozumianych jako kompleksowa rewizja definicji produktów rozliczeniowych w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz zaproponowanie zmian legislacyjnych, w szczególności modyfikacji w rozporządzeniach Ministra Zdrowia.

Cele szczegółowe projektu to:

- przeniesienie ciężaru świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym udzielanych w ramach leczenia szpitalnego na korzyść ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- wypracowanie mechanizmów umożliwiających dostosowanie płatności do ścieżki klinicznej pacjenta wynikającej z obecnie obowiązujących standardów postępowania medycznego,

- opracowanie schematów współpracy i komunikacji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i leczeniem szpitalnym, w ramach diagnostyki i leczenia oraz kontynuacji opieki nad pacjentem.

Obecnie funkcjonujący system umożliwia nieoptymalne, z punktu widzenia systemu i pacjenta, realizowanie procedur diagnostycznych i wybranych procedur leczniczych w leczeniu szpitalnym. Obserwowane jest obciążenie szpitali realizacją świadczeń nieadekwatnych, zbędnie generujących koszty, absorbujących potencjał szpitalny, co ogranicza racjonalizację wykorzystania zasobów szpitalnych. Problemem, na który odpowiada projekt, jest także niedobór funkcjonujących schematów komunikacji w opiece, brak koordynacji i współpracy w opiece nad pacjentem na różnych poziomach leczenia.

Zaproponowane podejście do rozwiązania tego problemu, bazujące na wprowadzeniu systematycznej rewizji systemu udzielania świadczeń, w szczególności po stronie produktów rozliczeniowych płatnika oraz zaangażowaniu najważniejszych interesariuszy, umożliwi wprowadzenie istotnej zmiany systemowej.

Zaplanowane w projekcie działania związane z optymalizacją procesu diagnostyki i leczenia pacjenta będą przyczynią się do uwalniania zasobów kadrowych, przekładając się tym samym na poprawę dostępności usług zdrowotnych. Po zakończeniu projektu, system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej będzie funkcjonował zgodnie z wypracowanymi i wdrożonymi w ramach projektu rozwiązaniami. Zostanie zbudowana i utrzymywana po projekcie sprawność operacyjna w ramach MZ i NFZ do ewaluacji i dalszej ewolucji systemu rozliczeniowego.

**Jakie działania podjęło Ministerstwo Zdrowia w celu natychmiastowego przekazania środków finansowych szpitalom? oraz**

**Kiedy szpitale otrzymają należne im pieniądze z NFZ?**

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 zobowiązującymi 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.

Odnosząc się natomiast do poruszonej w tekście interpelacji kwestii zapłaty przez NFZ za nadwykonania w okręgu wyborczym Pana Posła, obejmującym Bytom, Zabrze, Gliwice oraz powiaty tarnogórski i gliwicki, Śląski OW NFZ poinformował, że sfinansował wszystkie świadczenia nielimitowane za okres I półrocza br. na poziomie 100% zgodnie z jednakowymi zasadami dla wszystkich świadczeniodawców.

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