



DLF.050.67.2024.KG
Warszawa, 05 grudnia 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 5549 Pani Marty Stożek, Posłanki na Sejm RP z dnia 21 października 2024 r. w sprawie narastających problemów związanych z opóźnieniami Narodowego Funduszu Zdrowia w płatnościach na rzecz szpitali oraz przychodni, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

- 1. Jakie są przyczyny opóźnień w płatnościach NFZ na rzecz szpitali i przychodni? Czy Ministerstwo Zdrowia planuje podjąć kroki w celu rozwiązania tego problemu?**
- 2. Jakie działania zostały podjęte lub są planowane w celu zapewnienia stabilności finansowej placówek medycznych? Czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić jakiegokolwiek mechanizmy wsparcia dla placówek, które już odczuwają skutki zaległości płatniczych?**
- 3. Jakie kroki zamierza podjąć Ministerstwo, aby zapobiec dalszemu ograniczaniu dostępu do świadczeń medycznych w Polsce? Czy istnieje plan naprawczy, który pozwoliłby na przywrócenie płynności finansowej systemu ochrony zdrowia?**
- 4. Czy Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło analizy wpływu obecnej sytuacji na jakość świadczonych usług medycznych? Jeśli tak, jakie są wyniki tych analiz i jakie wnioski zostały z nich wyciągnięte?**
- 5. Jakie są długoterminowe plany Ministerstwa Zdrowia w zakresie finansowania systemu ochrony zdrowia, aby uniknąć podobnych sytuacji w przyszłości? Czy planowane są zmiany w modelu finansowania, które mogłyby zapewnić większą stabilność systemu?**

Na wstępie należy wskazać, że finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych 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 ze zm.), zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ;

– § 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 NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

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

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 oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające między innymi 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 i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowaniem większej liczby świadczeń i opłaceniem tzw. nadwykonań.

Aktualnie w oddziałach wojewódzkich NFZ prowadzone są prace mające na celu weryfikację możliwości rozliczenia nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za III kw. 2024 r. w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Natomiast weryfikacja możliwości rozliczenia w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za IV kw. 2024 r. zostanie przeprowadzona po sprawozdaniu przez świadczeniodawców przedmiotowych świadczeń udzielonych w IV kw. 2024 r.

Mając na uwadze ograniczone środki finansowe NFZ rozliczanie nadwykonań w limitowanych zakresach świadczeń w trakcie 2024 r. dokonywane jest przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach środków zaangażowanych w umowy o działanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez alokację środków z zakresów świadczeń, których odnotowano niewykonania do zakresów świadczeń w których odnotowano nadwykonania. Ostateczne

rozliczenie świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r. będzie zrealizowane w terminie określonym w przepisie § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w terminie do 45 dni od dnia upływu okresu rozliczeniowego.

Ponadto pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. 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 **2,2 mld 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.

Należy również wskazać, że Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości **3 mld złotych**. Fundusze pozyskane po sprzedaży tych obligacji skarbowych zostaną przeznaczone na konkretne obszary świadczeń, m.in.:

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

Jednocześnie decyzją Minister Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń - łączne zwiększenie środków przeznaczonych na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. wyniosło dotychczas blisko **4 mld zł**.

Ponadto zidentyfikowane w części 83 - Rezerwy celowe naturalne oszczędności powstałe w związku z upływem ustawowego terminu ich podziału, pozwoliły na przekierowanie tych środków do części 46 - Zdrowie i zwiększenie planu wydatków w tej części o **1,2 mld zł** z przeznaczeniem na dotację podmiotową dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto pragnę poinformować, że aktualnie procedowany projekt *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* m.in. uszczegóławia przepisy dot. programów naprawczych, które dotyczą zarówno SPZOZ jak i podmiotów w formie spółek. Sporządzenie programu poprzedzą analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Program

ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Program naprawczy będzie zawierał m.in:

- 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;
- 2) ocenę podmiotu w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu jest niedostosowana do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych także planowane działania dostosowawcze;
- 3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia medycznych innymi podmiotami leczniczymi, jeżeli jest przewidywana;
- 4) planowane przez podmiot działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) planowane przez podmiot działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji jego kadry zarządzającej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 6) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu oraz prognozy przychodowe;
- 7) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt. 3–6.

Doszczegółowienie procesu przygotowywania programu naprawczego oraz enumeratywne wskazanie poszczególnych obligatoryjnych jego elementów, jak również sformalizowanie procedury opiniowania i zatwierdzania spowoduje, że programy te będą przygotowywane w sposób rzetelny, poprzedzony szeroką wszechstronną analizą w zakresie efektywności funkcjonowania i zarządzania, a także ekonomiczną, jakościową, operacyjną, działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Analogiczne zasady dotyczące obowiązku sporządzenia programu naprawczego przewidziano również dla podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu. Z uwagi na to, że projektowane przepisy dotyczą wyłącznie straty netto nie

ma tutaj kolizji z innymi instrumentami prawnymi, które dotyczą zagrożenia niewypłacalnością ww. spółki kapitałowej albo niewypłacalności tej spółki. Upadłość ogłasza się bowiem w stosunku do dłużnika, który stał się niewypłacalny, a postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością.

Jednocześnie planowane jest zniesienie limitów w leczeniu szpitalnym. Podjęcie decyzji dotyczącej zniesienia limitów w leczeniu szpitalnym będzie poprzedzone wypracowaniem rozwiązań pozwalających na „odwrócenie obecnej piramidy świadczeń”, mających na celu zmianę struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz wyeliminowanie bodźców do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych, a tym samym osiągnięcie redukcji kosztów opieki. Niezbędne prace prowadzone są w uruchomionym z dniem 1 stycznia 2024 r. projekcie „Odwrócona Piramida Świadczeń”. W ramach projektu zostaną między innymi wskazane świadczenia, które mogą być realizowane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), wypracowane mechanizmy umożliwiające płacenie za wynik (paying for performance) oraz dostosowanie płatności do stopnia złożoności przypadku i wartości środków niezbędnych do jego realizacji. Działania projektowe mają także na celu między innymi opracowanie rozwiązań (przede wszystkim budowę pakietów diagnostycznych w AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady) dla poszczególnych zakresów świadczeń. Pozwolą one na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach.

Ponadto pragnę wskazać, że wprowadzenie opieki koordynowanej (OK) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) powoduje wymierną poprawę jakości opieki zdrowotnej, zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych z określonych dziedzin medycyny. W konsekwencji niejednokrotnie pozwala na zapewnienie odpowiednich świadczeń na poziomie POZ bez konieczności kierowania pacjenta do leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej lub leczenia szpitalnego.

Stały rozwój OK stanowi obecnie jeden z priorytetów Ministerstwa Zdrowia. Jej wprowadzenie pozwoliło na szybsze, skuteczniejsze diagnozowanie i leczenie chorób przewlekłych oraz ułatwienie dostępu do wybranych specjalistów. Opieka koordynowana wciąż ewoluuje i planuje się podejmowanie prac celem dalszego zwiększenia zakresu dostępnych świadczeń.

Obecnie OK jest nakierowana na poprawę sytuacji pacjentów poprzez zwiększenie dostępu do badań diagnostycznych z obszaru kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii, nefrologii oraz endokrynologii, co pozwala na skuteczniejsze wykrywanie najczęstszych

schorzeń przewlekłych oraz świadczeń zdrowotnych realizowanych w formie wizyt kompleksowych z opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Powyższy katalog dostępnych badań poprawia i ułatwia opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle, a także ułatwia prowadzenie edukacji zdrowotnej realizowanej w formie porad edukacyjnych, co przyczynia się do poprawy, jakości opieki nad pacjentami chorymi przewlekle. Ponadto OK umożliwia przeprowadzenie świadczeń dietetycznych realizowanych w formie porad dietetycznych udzielanych przez dietetyków, co stanowi istotne wsparcie dla pacjentów chorych przewlekle m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy oraz kształtuje prozdrowotne nawyki żywieniowe.

Opieka koordynowana obejmuje świadczenia, konsultacje oraz porady:

1) Konsultacje w ramach OK

- konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz POZ - lekarz specjalista)
- konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)
- konsultacja dietetyczna

2) Porady w ramach OK

- porada edukacyjna
- porada kompleksowa.

Wprowadzenie OK w POZ poszerza listę badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz rodzinny, m.in.o:

- pakiet badań tarczycowych: antyTPO, antyTSHR, antyTG
- EKG wysiłkowe - Holter EKG (24, 48, 72 godz.)
- USG Dopplernaczyńkończyn dolnych
- ECHO serca.

Szczegółowy wykaz świadczenia w ramach OK obejmuje:

- albuminuria (stężenie albumin w moczu)
- UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)
- antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
- antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
- antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).
- EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)
- Holter EKG (24, 48, 72 - godzinna rejestracja EKG)
- Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
- USG Doppler tętnic szyjnych, żyłobukończyn dolnych, tętnicobukończyn dolnych
- ECHO serca przezklatkowe - Spirometria (wraz z próbą rozkurczową)

W ramach realizacji zadań opieki koordynowanej wprowadzono funkcję koordynatora, który uczestniczy w ww. procesach i wspiera pacjentów w zakresie m.in. ustalania terminów badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych,

przekazywania informacji o kolejnych etapach terapii oraz dbanie o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

Obecnie planuje się podjęcie prac polegających na poszerzeniu istniejących świadczeń o dodatkowe elementy umożliwiające diagnozowanie i leczenie kolejnych schorzeń. Planowane jest także dalsze wspieranie podmiotów leczniczych, które przystąpiły do OK oraz pozyskiwanie nowych świadczeniodawców, bowiem, co należy podkreślić, poszerzenie przez podmioty lecznicze dostępnych świadczeń o tę formę zintegrowanej opieki opiera się na zasadzie dobrowolności. Podejmowane są dalsze kroki o charakterze premiującym, by przekonać coraz więcej placówek medycznych do przystąpienia do OK.

Obecnie liczba zawartych umów w ramach OK wzrosła - według danych na dzień 1 października 2024 r. w skali kraju podpisano 2 314 umów na realizację OK (przy 2 853 wnioskach), co stanowi 38 % ogółu zawartych umów w zakresie POZ. Objęto tym samym populację 3 443 775 pacjentów poniżej 18 r. ż., oraz 13 201 508 pacjentów dorosłych, co stanowi łącznie 48 % ogółu populacji objętej POZ.

Należy pamiętać, że opieka koordynowana oraz programy profilaktyczne mają na celu zintegrowanie opieki zdrowotnej nad pacjentem w podstawowej opiece zdrowotnej, wzrost efektywności podejmowanych działań na rzecz poprawy zdrowia pacjenta i poprawę jakości udzielanych świadczeń, co pozwala na osiągnięcie efektu zdrowotnego już na tym poziomie, bez konieczności kierowania pacjenta do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego.

Informuję ponadto, iż został uruchomiony pilotaż centralnej e-rejestracji, w związku z czym od końca sierpnia do udziału w ww. pilotażu zgłosiło się 120 chętnych podmiotów i zrealizowano ponad 380 wizyt.

Ponadto planowane są poniższe rozwiązania dotyczące kolejek oczekujących w 2025 r. obejmują m.in. wyeliminowanie przypadków niewykorzystania terminów udzielenia świadczeń, zwalnianych przez rezygnujących pacjentów, w sytuacji, gdy terminy zwalniane są „w ostatniej chwili”, przy założeniu, że termin musi być zaproponowany osobie wpisanej na listę oczekujących z uwzględnieniem kryteriów medycznych, ale nie koniecznie zgodnie z kolejnością wynikającą z daty dokonania zgłoszenia.

Ponadto planowane jest wprowadzenie przepisu art. 20 ust. 9aa mające na celu wyeliminowania sytuacji niewykorzystania terminów udzielenia świadczeń, zwalnianych przez rezygnujących pacjentów tuż przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia. Zgodnie z zaproponowanymi rozwiązaniami świadczeniodawca może odstąpić od konieczności wyznaczania terminów zgodnie z kolejnością zgłoszeń w przypadku zwolnienia terminu udzielenia świadczenia w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie miało być udzielone. Proponowane przepisy pozwalają zaoferować zwolniony termin świadczenia osobom wpisanym na listę oczekujących co najmniej 30 dni

przed datą zwolnionego terminu, w pierwszej kolejności zakwalifikowanym jako przypadki pilne, aby uniknąć przypadków oferowania terminów osobom, które nie były wpisane na listę oczekujących. Takie rozwiązanie pozwoli na optymalne wykorzystanie potencjału świadczeniodawcy i wpłynie na skrócenie list oczekujących.

W ramach powyższego planowane jest również rozszerzenie obowiązku prowadzenia harmonogramów przyjęć w aplikacji AP KOLCE, udostępnianej świadczeniodawcom przez Fundusz, o kolejne świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu urologii, neurologii, nefrologii, diabetologii, chorób płuc i gruźlicy, gastroenterologii, okulistyki oraz otolaryngologii. Wprowadzane rozwiązania mają na celu poprawę monitorowania czasów oczekiwania do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnią Narodowemu Funduszowi Zdrowia dostęp do aktualnych danych dotyczących czasów oczekiwania i liczby osób oczekujących na takie świadczenie w skali kraju, co umożliwi NFZ bardziej skuteczne bieżące monitorowanie prawidłowości prowadzenia list oczekujących, prowadzenie szczegółowych analiz czasów oczekiwania oraz eliminowanie przypadków wielokrotnych zapisów tej samej osoby na to samo świadczenie. Dodatkowo dla pacjentów wprowadzenie obowiązku prowadzenia harmonogramów przyjęć w aplikacji AP KOLCE danego świadczenia opieki zdrowotnej oznacza, że będą oni otrzymywali od Narodowego Funduszu Zdrowia sms-y przypominające o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń.

Obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących w aplikacji AP KOLCE udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia będzie wprowadzony stopniowo od 1 maja 2025 r.

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