



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Lecznictwa

DLF.055.1.2025.DP
Warszawa, 22 sierpnia 2025

Pani

Szanowna Pani,

w odpowiedzi na Pani petycję z 20 sierpnia 2025 r. nr: 903/2025 w sprawie zakazu zawierania w umowach limitu świadczeń, by świadczeniodawca nie musiał wstrzymać świadczeń w związku z nadwykonaniem i otrzymywał środki na bieżąco, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie należy wskazać, że Narodowy Fundusz Zdrowia 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 Funduszu, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 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.).

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 o świadczeniach, 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 do finansowania 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 tejże 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.

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 były 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.

Niezależnie od powyższego pragnę poinformować, że od kwietnia 2019 r. systematycznie rozszerzano zakres świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), niepodlegających limitom w zakresie finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Początkowo bezlimitowym finansowaniem objęto wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, wykonywane w trybie ambulatoryjnym oraz zabiegi usunięcia zaćmy. Następnie - od 1 marca 2020 r. - zniesiono limity na świadczenia dla pacjentów pierwszorazowych poradni specjalistycznych dla dzieci i dorosłych z zakresu endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz dodatkowo - z zakresu ortopedii - świadczenia ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych oraz świadczenia zabiegowe, i od 1 stycznia 2021 r. - świadczenia udzielane dzieciom, w ramach realizacji rozwiązań przyjętych w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889). Finalnie, od 1 lipca 2021 r. zniesiono wszystkie dotychczas obowiązujące ograniczenia – obecnie bezlimitowym finansowaniem objęte jest każde świadczenie lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, udzielane każdemu zgłaszającemu się pacjentowi, w tym także wysokokosztowe badania diagnostyczne.

Oznacza to, że Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za wszystkie wykonane w ww. zakresach świadczenia, a placówki medyczne mogą tak zorganizować pracę, by przyjmować więcej

pacjentów niż dotychczas, dzięki czemu pacjenci mogą szybciej wrócić do codziennej aktywności.

Ponadto informuję, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia planowane jest zniesienie limitowania świadczeń w lecznictwie szpitalnym. Podjęcie decyzji o zniesieniu limitów będzie poprzedzone wprowadzeniem rozwiązań „odwracających piramidę świadczeń”. Projekt pn. „Odwrócona Piramida Świadczeń” rozpoczął się 1 stycznia 2024 r. i planowany jest do 30 czerwca 2027 r. W ramach projektu „Odwrócona Piramida Świadczeń” zostaną przeprowadzone analizy mające na celu wskazanie świadczeń, które mogą być realizowane w AOS. Aby zapewnić, że przeniesienie świadczeń z leczenia szpitalnego do AOS odbędzie się bez negatywnego wpływu na zdrowie pacjenta wszelkie prace będą realizowane we współpracy ze środowiskiem medycznym oraz świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami. Realizacja projektu stwarza potencjał udzielania większej liczby świadczeń w AOS poprzez przeanalizowanie 16 sekcji JGP. Wyniki przeprowadzonych analiz posłużą do opracowania rekomendacji dla systemu i zmian legislacyjnych pozwalających na odwrócenie piramidy świadczeń.

Celem działań podejmowanych w ramach projektu jest uwolnienie zasobów kadrowych, a w dalszej perspektywie skrócenie kolejek do specjalistów i tym samym zwiększenie dostępności do świadczeń.

Z wyrazami szacunku
z up. Dyrektora
Michał Misiura
Zastępca Dyrektora
/dokument podpisany elektronicznie/