

Zapanować nad nadmiernymi kosztami. Fundusz przedstawił propozycję zmian w finansowaniu części świadczeń diagnostycznych

Presja na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia, zwłaszcza w zakresie finansowania świadczeń nielimitowanych, jest ogromna. W całym 2025 r. tzw. nielimity pochłonęły łącznie ponad 25% planu finansowego NFZ. Aby utrzymać równowagę między wpływami a kosztami w planie finansowym NFZ najprościej byłoby wrócić do limitów, ale Fundusz proponuje inne rozwiązanie. W części świadczeń diagnostycznych NFZ chce płać 40% za nadwykonania i rozliczać je po zakończeniu roku. Dotyczy to tylko rozliczenia nadwykonań, czyli rachunków za świadczenia wykonane ponad plan zakontraktowany z NFZ. Umowy są i będą rozliczane na bieżąco w pełnej wysokości. Zmiany nie obejmą świadczeń dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, pacjentów onkologicznych z kartą DiLO oraz programu profilaktyki raka jelita grubego. Finansowanie nielimitów to duże obciążenie dla budżetu NFZ. Składka zdrowotna nie wystarcza już do pokrycia wszystkich zadań, które ma do sfinansowania Narodowy Fundusz Zdrowia. Plan finansowy NFZ musi być zasilany dodatkowymi środkami i to coraz wyższymi. W 2025 r. dotacja z budżetu państwa była rekordowa, wyniosła blisko 33 mld zł. Fundusz co roku mierzy się z rosnącymi wydatkami na świadczenia nielimitowane, których skalę trudno jest precyzyjnie oszacować, planując budżet. – Największy udział w świadczeniach nielimitowanych to świadczenia w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Na przestrzeni lat liczba świadczeń w tym zakresie wzrosła niewiele, o 20%, ale ich wartość poszybowała o 152%. Kupujemy więc tylko nieco więcej świadczeń za ogromne pieniądze – podkreśla Filip Nowak, prezes NFZ. Świadczenia mocno w tyle za wydatkami. Zniesienie limitów w diagnostyce ambulatoryjnej, podobnie jak w całej opiece specjalistycznej, miało skrócić kolejki do badań i wizyt u lekarzy specjalistów. Świadczeń, owszem jest więcej, choć niewiele, ale tylko w ciągu czterech lat (od 2021 do 2025 r.) wydatki na nie z budżetu NFZ wzrosły wręcz lawinowo. Średni koszt tomografii komputerowej, za którą płać NFZ w tym czasie, wzrósł o 64%. W przypadku rezonansu magnetycznego to 58% więcej, kolonoskopia – wzrost o 82%, a gastroscopia aż o 133%! To efekt m.in. ustawy podwyżkowej w publicznej ochronie zdrowia, która gwarantuje coroczny wzrost wynagrodzeń, mający bezpośredni wpływ na obciążenie budżetu Funduszu. Tylko w 2025 r. skumulowany koszt rekomendacji AOTMiT, które opisują, ile będzie kosztować m.in. wzrost wynagrodzeń w danym roku, wyniósł ponad 58 mld zł, czyli 1/4 wszystkich środków, którymi dysponował Narodowy Fundusz Zdrowia. Diagnostyka w rękach przedsiębiorców zatrudniających lekarzy na kontraktach. Na rynku usług diagnostyki obrazowej oraz endoskopii (gastroscopia i kolonoskopia) działają spółki - podwykonawcy, którzy zatrudniają na kontraktach personel medyczny, zwłaszcza lekarzy. W przypadku tej grupy zawodowej to aż 95% zatrudnionego personelu. Wysokość ich wynagrodzenia to zazwyczaj procent od ceny badania (procedury), który jest ustalany między zatrudniającym a lekarzem. – Propozycja, z którą wychodzimy, ma dać narzędzia pracodawcom do zapanowania nad galopującymi stawkami na medycznym rynku pracy. Musimy bowiem dbać o jak najbardziej racjonalne wydatkowanie środków z ograniczonego budżetu – zaznacza Jakub Szulc, wiceprezes NFZ. NFZ nie chce powrotu

do limitów, ale proponuje zmianę sposobu finansowania części świadczeń Chodzi właśnie o diagnostykę kosztochłonną wykonywaną w warunkach ambulatoryjnych. Co ważne nie całą, która obejmuje sześć obszarów, ale cztery z nich, czyli: tomografię komputerową rezonans magnetyczny gastrokopię kolonoskopię. Świadczenia te pozostałyby nielimitowane, ale Fundusz – po wyczerpaniu środków w ramach podpisanej umowy – za nadwykonania chce płacić 40% ich wartości . Dotyczy to każdego świadczenia PONAD wartość kontraktu z NFZ . Druga proponowana zmiana to przeniesienie rozliczenia nadwykonań na koniec roku . Teraz za nadwykonania w tych świadczeniach NFZ – co do zasady – płaci po zakończonym kwartale. <div style=" border-box; width: 100%; max-width: 850px; margin: 25px auto; padding: 24px; border: 1px solid #261474; border-left: 8px solid #261474; background-color: #f6f5ff; border-radius: 4px; font-family: 'Open Sans', -apple-system, BlinkMacSystemFont, 'Segoe UI', Roboto, Arial, sans-serif; color: #1a1a1a; line-height: 1.6; display: flex; align-items: flex-start; "> <strong style=" display: block; color: #261474; font-size: 1.25rem; margin-bottom: 8px; text-transform: uppercase; letter-spacing: 0.05em; ">Ważne! Istotne zastrzeżenie. Przedstawione przez NFZ rozwiązania NIE OBEJMAJ ŚWIADCZEŃ dla: dzieci i młodzieży do 18 roku życia pacjentów w programie profilaktyki raka jelita grubego pacjentów z kartą Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Konsultacje społeczne i stały monitoring świadczeń dla pacjentów – Właśnie rozpoczęliśmy konsultacje społeczne proponowanych zmian – informuje Filip Nowak . Szef NFZ zdecydowanie podkreśla, że jak w przypadku każdej zmiany, także tutaj, Fundusz będzie wnikliwie monitorował realizację świadczeń dla pacjentów, po to, aby ocenić efekt wprowadzonych zmian. – Przypomnę, że nowy sposób premiowania pacjentów, którzy czekają na swoją pierwszą wizytę do lekarzy specjalistów, też nie przez wszystkich był dobrze przyjęty. Tymczasem z danych, którymi dysponujemy, jasno wynika, że dzięki temu rozwiązaniu więcej nowych pacjentów trafiło na leczenie specjalistyczne . Ponadto nie odbyło się to kosztem już leczonych chorych w AOS. Przeciwnie, bo także liczba tych pacjentów wzrosła – podsumowuje prezes Nowak. Przedstawione zmiany w finansowaniu nadwykonań dla czterech świadczeń zaliczanych do ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK) mają uwolnić ok. 800 mln zł . Projekt zarządzenia w konsultacjach publicznych Od 11 marca trwają konsultacje zaproponowanych zmian. Uwagi można zgłaszać do 24 marca 2026 r. Zapoznaj się z projektem zarządzenia