

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 94)

z dnia 8 września 2025 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 94)

8 września 2025 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Elżbiety Gelert (KO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

- „**Informację Minister Zdrowia na temat wypłaty nadwykonań za 2024 rok oraz bieżącej sytuacji finansowej w świetle podwyżki minimalnych wynagrodzeń z dniem 15 lipca 2025 roku samorządowych szpitali powiatowych**”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Wojciech Konieczny** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Jakub Szulc** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Magdalena Dzierwa** dyrektor Wydziału Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Paweł Korzeniowski** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Rudolf Borusiewicz** dyrektor biura Związku Powiatów Polskich ze współpracownikiem, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Marta Dąbrowska** członek zarządu Izby Gospodarczej Farmacja Polska wraz ze współpracownikiem, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektorka Fundacji Onkologicznej Alivia, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Adam Ostrowski** asystent prezesa Związku Miast Polskich ds. legislacyjnych, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie po przerwie wakacyjnej i otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Stwierdzam kworum.

Witam członków Komisji oraz zaproszonych gości.

Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Wniosek grupy posłów wpłynął do Komisji w dniu 9 lipca tego roku. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje „Informację Ministra Zdrowia na temat wypłaty nadwykonań za 2024 rok oraz bieżącej sytuacji finansowej w świetle podwyżki minimalnych wynagrodzeń z dniem 15 lipca 2025 r. samorządowych szpitali powiatowych”.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proponuję następujący przebieg posiedzenia: wystąpienie przedstawiciela posłów, którzy zgłosili wniosek o zwołanie tego posiedzenia w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, wypowiedź przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz dyskusja. Czy jest sprzeciw wobec powyższej propozycji? Wobec niezgłoszenia sprzeciwu, stwierdzam przyjęcie sposobu prowadzenia przebiegu obrad i bardzo proszę o zabranie głosu przedstawiciela posłów, którzy zgłosili wniosek.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo, złożyliśmy wniosek o zwołanie w tej sprawie posiedzenia Komisji Zdrowia, ponieważ dochodzą do nas jako parlamentarzystów bardzo liczne sygnały o faktycznym bankructwie systemu ochrony zdrowia. Po prostu, to do czego państwo doprowadzili finanse Narodowego Funduszu Zdrowia to jest stan, w którym nie dość, że dyrektorzy szpitali mówią, w rozmowach kuluarowych, że sytuacja jest bardzo trudna, że muszą wstrzymywać przyjęcia pacjentów, że są problemy z płynnością, to doszło nawet do tego, że z samorządów, którymi zarządzają samorządowcy z waszej opcji politycznej, mamy na piśmie informacje o tym, że po pierwsze, nie zapłaciliście nadwykonań, a po drugie, że pieniędzy, które daliście na podwyżki po lipcowej waloryzacji, nawet na to nie wystarczy.

Na potrzeby dzisiejszego posiedzenia Komisji – jeżeli ktokolwiek byłby zainteresowany materiałem źródłowym, to chętnie go udostępnię – sprawdziliśmy 100 szpitali w sieci. Zadaliśmy

pytania dyrektorom, czy zdaniem dyrektorów środki przekazane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach aneksów wystarczą na sfinansowanie podwyżek. Na 100 podmiotów tylko 17 odpowiedziało, że tak. 17 – to jest skala upadku finansowego, do którego państwo doprowadziło system ochrony zdrowia. Nie ma na najważniejszy składnik, bo stanowiący największy odsetek kosztów, czyli na wynagrodzenia.

To wszystko dzieje się w sytuacji, w której już była pani minister zdrowia przez 20 miesięcy miała społeczeństwo, miała też nas tutaj informacjami na temat tego, że wszystko jest w porządku, że wszystkie nadwykonania będą zapłacone. Przecież tak państwo mówiliście. O tej słynnej różdźce już szkoda wspominać, bo to przeszło do historii bardzo źle. Zestarzało się naprawdę fatalnie.

Tak naprawdę, jeśli chodzi o ten materiał, który trafił do nas z Ministerstwa Zdrowia, ja nie wiem, kto to przygotowywał, bo z niego wynika, że właściwie wszystko jest super, że państwo wszystkim płacicie, wszystko jest OK, nie ma żadnych wyzwań. Tylko zapomnieliście tego pisma zawniosu wysłać do dyrektorów szpitali z Platformy Obywatelskiej i innych partii koalicyjnych, bo oni w pismach, w odpowiedziach na kontrolę poselską, piszą coś zupełnie innego.

Przez 20 miesięcy nie tylko doprowadziliście finanse NFZ-u do upadku, ale też nie wdrożyliście żadnych reform. Nie ma żadnych reform. Jedyna ustawa reformująca, to jest ustawa, która wymaga tak naprawdę zaangażowania samorządów. Czyli powiedzieliście, że jeśli ktoś chce, to może coś zreformować. Nie zrobiliście nic, żeby te reformy w jakikolwiek sposób wspomóc, żeby doprowadzić do tego, żeby sytuacja finansowa polskich szpitali, polskiej ochrony zdrowia zmieniła się na lepsze.

Mam nadzieję, że dzisiaj podczas posiedzenia Komisji usłyszymy więcej niż jest w tym materiale, bo to co wynika z danych, po raz kolejny niezatwierdzonego planu finansowego NFZ-u, to jest coś, co już dzisiaj odbija się na polskich pacjentach. A wszystko wskazuje na to, że w przyszłym roku będzie jeszcze gorzej. Dlatego mam nadzieję, że przyszedł jakaś refleksja i że dzisiaj usłyszymy informacje, które jednak sprawiają, że zaczniemy wierzyć, że tam jest jakiś plan.

Wiele osób ma nadzieję, że zmiana na stanowisku ministra zdrowia przyniesie jakąś poprawę. Swoją drogą, przy okazji chciałbym skierować do pani przewodniczącej pytanie, bo była taka niepisana tradycja, że zawsze, kiedy był nowy minister zdrowia, to pojawiał się na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Pytanie, czy podczas tego posiedzenia Sejmu jest zaplanowane takie posiedzenie Komisji, na które przyjdzie pani minister i przedstawi swoją wizję, czy też posłowie muszą wystosować zaproszenie w trybie, takim jak dzisiaj? Jeżeli tak, to oczywiście chętnie wystosujemy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Jutro jest posiedzenie prezydium Komisji Zdrowia i ten temat, który pan poruszył, będzie omawiany. Myślę, że dojdzie do tego, co pan mówi. Czyli mam nadzieję, że ustalimy razem z panią minister termin, który będzie dla dwóch stron dobry, żebyśmy mogli faktycznie spotkać się z panią minister, gościć ją na posiedzeniu naszej Komisji. Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę teraz przedstawicieli ministerstwa. Nie wiem, czy pan minister. Pan minister, widzę. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, tak zabiorę głos w zakresie informacji dotyczącej zadłużenia szpitali oraz bieżącej sytuacji w świetle podwyżki minimalnych wynagrodzeń, a o informację o wypłacie nadwykonań poproszę przedstawiciela NFZ-u, pana prezesa Szulca.

Zgodnie z analizą dokonaną na podstawie danych pochodzących z systemu statystyki w ochronie zdrowia na dzień 31 marca 2025 r., zobowiązania ogółem, czyli łącznie wymagalne i niewymagalne szpitali powiatowych będących SPZOZ, wynosiły 8,775 mld, w tym zobowiązania wymagalne 1,288 mld. Analizując dynamikę zobowiązań wyżej wymienionych szpitali można zauważyć, że zarówno ich zobowiązanie ogółem, jak i zobowiązania wymagalne w obu wyodrębnionych grupach, czyli w szpitalach, które należą do miast na prawach powiatu i szpitalach powiatowych, charakteryzuje tendencja wzrostowa. Jedyny tymczasowy spadek zobowiązań o 95 mln wystąpił w roku 2021 i dotyczył sumy zobowiązań wymagalnych tych szpitali.

W trakcie ponad 4 lat, to jest od 2020 r. do końca pierwszego kwartału 2025 r., ich zobowiązania ogółem wzrosły o 3,301 mld zł, czyli o 60%, natomiast zobowiązania wymagalne o 738 mln zł, co oznacza ponad dwukrotny wzrost. W ciągu pierwszego kwartału 2025 r.

zobowiązania ogółem wyżej wymienionych szpitali wzrosły o 470 mln zł, natomiast zobowiązanie wymagalne o 104 mln.

Ustawa o wynagrodzeniach wprowadziła zmianę w ustawie o świadczeniach poprzez dodanie art. 31h określającego mechanizm dotyczący przygotowywania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydawania na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielenia tych świadczeń. Mając na względzie powyższe, od maja 2022 r., AOTMiT czterokrotnie uzyskał zlecenie ministra zdrowia dotyczące dokonania analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydania rekomendacji w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach.

Należy podkreślić, że przy wyborze wariantu rekomendacji minister zdrowia kierował się przede wszystkim koniecznością poprawy sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, urealnienia wyceny oraz poprawy dostępności do świadczeń, w szczególności w sytuacji występowania długu zdrowotnego spowodowaną pandemią COVID-19. Powyższe było możliwe dzięki między innymi wzmocnieniu wycen w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitala pierwszego i drugiego poziomu systemu, czyli głównie placówek powiatowych.

W bieżącym roku zatwierdzono do realizacji wariant trzeci rekomendacji prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej tak, żeby był najkorzystniejszy dla placówek medycznych. Poza środkami przeznaczonymi na realizację ustawowych podwyżek, w rekomendacji zostały ujęte również inne mechanizmy skutkujące zwiększeniem wysokości przychodów z NFZ. To jest: zmiana współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego poziomu sieci szpitali; uwzględnienie taryf dla świadczeń w obszarze chorób układu nerwowego, żeńskiego układu rozrodczego, rehabilitacji stacjonarnej; dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania czy też określenie współczynników dla wybranych JGP dotyczących kompleksowych świadczeń onkologicznych.

Przyjęty wariant rekomendacji wiąże się ze wzrostem wydatków płatnika o 16,9 mld zł w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie rekomendacji, co stanowi 11,17% wzrostu wartości umów NFZ, z wyłączeniem leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii. Środki na wyżej wymienione wyższe współczynniki korygujące dla pierwszego i drugiego poziomu, czyli głównie placówek powiatowych, zostały oszacowane na 600 mln zł.

Ponadto rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadziło przepis umożliwiający wypłatę w 2025 r. specjalnych dodatków do ryczału świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy, czyli 2024 r., wykazali liczbę świadczeń, których wartość przekroczyła wartość ryczału w wysokości 27% wartości wypracowanych świadczeń powyżej wartości ryczału, z jednoczesnym uwzględnieniem kwot dodatków wypłacanych w 2024 r. Oznacza to dodatkowe pieniądze dla szpitali w wysokości 300 mln zł. Podkreślenia wymaga, że wśród nich są też szpitale powiatowe – 249 – pierwszego i drugiego poziomu, na 372 placówki szpitalne uprawnione do otrzymania premii.

Odnosząc się do kwestii związanej z zapewnieniem środków na podwyżki wynagrodzeń należy wskazać, że w planie NFZ na 2025 r. pierwotna wysokość środków zapisana na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosiła 183,6 mld zł, to jest więcej o 26,07 mld w porównaniu z pierwotnym planem finansowym na 2024 r. Jednocześnie w wyniku zmian planu finansowego NFZ, w bieżącym roku środki zapisane w planie na 2025 r. wzrosły już o blisko 13,9 mld zł do aktualnej wysokości 197,5 mld zł.

Ponadto podkreślenia wymaga również fakt, iż zaplanowana pierwotnie dotacja podmiotowa z budżetu państwa do NFZ w 2025 r. wynosiła 18,35 mld zł, to jest ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r. Natomiast dzięki decyzjom ministra zdrowia oraz ministra finansów dotyczącym przekazania dodatkowych środków z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia aktualna wysokość dotacji podmiotowej dla NFZ w 2025 r. wynosi już 27,65 mld zł.

Jednocześnie decyzją ministra finansów z dnia 1 lipca 2025 r. zostały przyznane środki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia w kwocie 1,576 mld zł, przeznaczone na zwiększenie

funduszu zapasowego NFZ. NFZ znowelizował plan finansowy na 2025 r. zwiększając nakłady na świadczenia medyczne łącznie o blisko 8,75 mld zł, z czego 15 mld zł pochodzi ze zwiększenia dotacji z budżetu państwa i 2,6 mld zł z funduszu zapasowego NFZ, zabezpieczając tym samym środki na pokrycie rekomendacji i na zapłatę nadwykonań nielimitowanych oraz leków w programach lekowych i chemioterapii za pierwszy kwartał 2025 r.

Informuję, iż przekazanie środków dotacji podmiotowej do Narodowego Funduszu Zdrowia następuje zgodnie z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez NFZ, umożliwiając bieżącą realizację zadań. 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 sfinansowanie świadczeń gwarantowanych, o których 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.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ w lipcu 2025 r. przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej implementujące wariant trzeciej rekomendacji prezesa AOTMiT. W efekcie powyższego procesu aneksowaniem objętych zostało ponad 31 tys. umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwiększając ich wartość na drugie półrocze 2025 r. o 8,471 mld zł.

Dodatkowe środki finansowe wynikające z powyższych aneksów są przekazywane świadczeniodawcom począwszy od początku sierpnia 2025 r., po przekazaniu przez świadczeniodawców rachunków za lipiec 2025 r., na zasadach i w terminach określonych w przepisach załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z danymi NFZ, według stanu na dzień 5 września 2025 r., można wykazać, że aktualna wartość umów szpitali powiatowych wzrosła w 2025 r. łącznie o 18,5%, czyli 5,6 mld zł w stosunku do pierwotnie zakontraktowanych wartości. Natomiast wzrost wartości umów, wynikający z wdrożenia rekomendacji nr 72 z dnia 24 czerwca 2025 r. prezesa AOTMiT, wynosi aktualnie blisko 2 mld zł.

Niezależnie od powyższego należy wskazać, że ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadza zmiany w ustawie o działalności leczniczej służące konsolidacji i restrukturyzacji podmiotów leczniczych. Ta ustawa, jak państwo wiecie, zawiera możliwości, które zyskały szpitale i samorządy, o których może nie będę mówił, ponieważ jest to sprawa świeża i państwu dokładnie znana.

Powyższe narzędzie powinno w istotny sposób poprawić sytuację finansową szpitali powiatowych. Zobowiązania ogółem wymagalne i niewymagalne, zgodnie z danymi za pierwszy kwartał 2025 r., osiągnęły poziom 25,4 mld zł, w tym zobowiązania wymagalne to 3,4 mld. W porównaniu z poprzednim okresem, a więc stanem na dzień 31 grudnia 2024 r., nastąpił wzrost zobowiązań ogółem o 1,13 mld zł.

Wzrost wartości zobowiązań wymagalnych, a więc tych bardziej uciążliwych dla SPZOZ, ponieważ wiąże się z nimi konieczność zapłaty odsetek, był stosunkowo niski. Wynosił 311,4 mln zł.

Należy również zwrócić uwagę na to, że udział zobowiązań ogółem wymagalnych i niewymagalnych, zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia na temat zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w nakładach na koszty świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne NFZ, mimo rosnących kwot zobowiązań podmiotów stanowi niższy odsetek w wyżej wymienionych nakładach. W latach 2010-2024 wyżej wymieniony procentowy udział wynosił średnio 31,74%, natomiast w 2025 r. przyjął wartość poniżej tej średniej, to jest 25,37%. Jest to wartość najniższa od 2010 r.

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku zobowiązań wymagalnych w nakładach na koszty świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne NFZ, gdzie mimo rosnących kwot zobowiązań podmiotów stanowią one niższy odsetek w wyżej wymienionych nakładach. W latach 2010-2024 udział procentowy wynosił średnio 4,98, natomiast w 2025 r. 3,43, czyli wartość powyżej wyżej wymienionej średniej. Poproszę pana prezesa Szulca o przedstawienie informacji na temat nadwykonań.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za udzielenie głosu. Wybaczę państwo, ale przynajmniej częściowo powtórzę część z tych danych liczbowych, którymi posługiwał się już przed momentem pan minister, ponieważ odnoszą się one wprost do kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez polskich świadczeniodawców, a finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Faktycznie, jeżeli spojrzymy na dane dotyczące tego, jak wygląda dynamika przyrostu środków w planie finansowym NFZ, to dla nikogo nie jest to żadną niespodzianką, że oczywiście plan ostateczny jest zawsze... Nie było chyba w historii Narodowego Funduszu Zdrowia takiej sytuacji, kiedy plan ostateczny był niższy niż plan pierwotny, który był przedkładany Wysokiej Komisji do zaopiniowania. Natomiast faktycznie jest tak, że w ostatnim okresie te dynamiki istotnie przyrastają i tak jak w roku 2024 – a tego przede wszystkim dotyczyło zapytanie, które zostało do Narodowego Funduszu Zdrowia skierowane, jeśli chodzi o realizację zapłaty za nadwykonania wykonane w roku 2024 – ta dynamika wyniosła blisko 16%. Tak więc ostateczny plan finansowy był wyższy od pierwotnego dokładnie o 15,7%. To w wartościach liczbowych przedstawia się w taki sposób, że nakłady na koszty realizacji zadań zostały zwiększone o 25 025 053 000 zł, z pierwotnych 166 168 207 000 zł na 191 193 260 000 zł, natomiast nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 24,776 mld, z 157,5 mld na 182,3 mld.

Państwo zasiadający w Wysokiej Komisji doskonale wiedzą, że tylko niewielki odsetek kosztów funduszu to są koszty, z których finansowane są zadania własne, a więc utrzymanie działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, a znakomita większość to są środki, które zasilają bezpośrednio rachunki świadczeniodawców, z którymi NFZ ma zawarte umowy o udzielenie świadczeń. Te zwiększenia w roku 2024 oczywiście nie pochodziły wyłącznie z jednego źródła, natomiast na nie składały się: po pierwsze, realizacja czy też skonsumowanie środków w funduszu zapasowym w kwocie 9,415 mld zł; wzrost przypisu składki o kwotę 5,4 mld zł; zwiększenie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, a więc tej, o której mówił pan minister, o kwotę blisko 6 mld zł – 5,991 mld zł; realizacja sprzedaży obligacji skarbowych na kwotę 3,1 mld zł oraz środki z Funduszu Pomocy w wysokości powyżej 800 mln zł.

Te zwiększenia planu finansowego w roku 2024 pozwoliły na sfinansowanie nadwykonań w poszczególnych zakresach świadczeń, ale nie tylko z roku 2024, bo także z roku 2023, ponieważ część środków, o które został zwiększony plan finansowy w roku 2024, posłużyła na spłatę nadwykonań za rok 2023. To była kwota 2,237 mld zł.

Ponadto sfinansowano kolejne rekomendacje prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o których wspomniał pan minister, a więc przede wszystkim drugą część, czyli drugą połowę rekomendacji nr 54/2023 na kwotę 7,963 mld zł, pierwszą część rekomendacji nr 48/2024, a więc z ubiegłego roku, w kwocie 7,857 mld zł oraz zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, o której już wspominałem, w kwocie blisko 6 mld zł.

Pomimo tego, że nastąpiły tak duże i istotne w stosunku do planu finansowego wzrosty finansowania w ciągu roku, te środki nie wystarczyły na zabezpieczenie 100% płatności za świadczenia wykonane w roku 2024 i podobnie jak w roku 2023 część świadczeń pozostała do sfinansowania z planu roku 2025. Te świadczenia, a więc w całości za rok 2024, zostały zrealizowane zgodnie z terminami z §27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, a więc w terminie 45 dni od dnia upływu okresu rozliczeniowego, w ramach których oczywiście priorytetowo były finansowane świadczenia nie limitowe. Te świadczenia zostały zrealizowane na kwotę 1,614 mld zł. To były nadwykonania nie limitowe za czwarty kwartał roku 2024. Dodatkowo świadczenia za programy lekowe, zrealizowane również głównie w czwartym kwartale roku 2024 w kwocie 761 mln zł oraz nadwykonania, tak zwane limitowe, a więc nadwykonania, odnośnie do których świadczeniodawcy wiedzą, że istnieje prawdopodobieństwo niezrealizowania tych nadwykonań, wpłat w 100-procentowej wysokości, na kwotę ponad 3 mld zł oraz nadwykonania zgodnie z §3da rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, nadwykonania w ryczałcie PSZ na kwotę 299 mln zł. O tym już mówił pan minister, że stanowiło to blisko 27% nadwykonań, które zostały wykonane w ryczałcie PSZ.

Tak więc nadwykonania w roku 2024 zostały zrealizowane częściowo i opłacone częściowo z planu roku 2024, natomiast w części, której plan za rok 2024 nie był w stanie pokryć, zostały sfinansowane na początku roku 2025, po zwiększeniach dokonanych w planie finansowym

Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2025. O tych zwiększeniach mówił już pan minister, w związku z czym nie będę do nich nawiązywał bardzo szczegółowo.

Natomiast oczywiście tutaj trzeba powiedzieć o jednej rzeczy, o której, jak myślę, niejednokrotnie miałem okazję również przed Wysoką Komisją mówić. Mianowicie o tym, że struktura wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia dzisiaj jest taka, że będzie wymagała, przy niezmiennym stanie prawnym, stałego zwiększania finansowania spoza składki za ubezpieczenie zdrowotne. Myślę, że nie jest to niespodzianka ani tajemnica.

Odnosnie do zasady udziału przychodów poza składkowych w przychodach Narodowego Funduszu Zdrowia ogółem sukcesywnie wzrasta z roku na rok, przy czym można się spodziewać, że te dynamiki będą rosły. Przyczyną tego są przede wszystkim dwa aspekty. To znaczy, pozostajemy w ciągłej realizacji ustawy o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia, a więc realizacji rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i oczywiście realizacji poszczególnych rekomendacji, te wyrażone kwotowo, które dzisiaj przytoczyłem. To są wartości, które stanowią zwiększenie w danym roku w stosunku do roku poprzedniego. Natomiast, Wysoka Komisjo, one zostają na trwale w planie finansowym NFZ. To znaczy podniesienie ceny na wykonywanie świadczeń dzisiaj obowiązuje dzisiaj, jutro, pojutrze i za 10 lat. W związku z tym w momencie, kiedy realizujemy kolejną rekomendację, realizujemy nie do stanu zero, czyli stanu sprzed 1 lipca 2022 r., tylko realizujemy ją do poprzedniej rekomendacji, czego skutkiem jest intensywny wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, który jest ostatecznie konsumowany poprzez wzrost wynagrodzeń, który też jest wzrostem stałym. To znaczy, że każda kolejna zmiana nie referuje do wartości początkowej, tylko referuje do roku poprzedniego, a więc wskaźnika GUS-owskiego o przeciętnym wynagrodzeniu w gospodarce.

Przy niezmienionej sytuacji prawnej to nie jest, wydaje mi się, zaskoczenie, że finansowanie rok do roku z planu finansowego NFZ będzie wymagało coraz większego zasilania planu finansowego środkami poza składkowymi, gdyż – tak jak powiedziałem – nie ma szans, żeby dynamika przypisu składki do NFZ, a więc składek z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, była w stanie pokryć dynamikę przyrostu związaną ze wzrostem wynagrodzeń, również z punktu widzenia wskaźników demograficznych, a więc odpływu netto osób z rynku pracy i osiągnięcia wieku emerytalnego, i jednocześnie zwiększenia zatrudnienia czy stałego zwiększania zatrudnienia w placówkach i podmiotach opieki zdrowotnej, które mają podpisaną umowę z NFZ-em. Niemniej jednak, tak jak widać na danych, które przytoczyłem, mamy w realizacji roku 2024 zrealizowane płatności za nadwykonania nie limitowe w 100-procentach ich wartości, która została sprawozdana przez świadczeniodawców. Mamy zrealizowane płatności za programy lekowe w 100-procentach wartości, która została zrealizowana przez świadczeniodawców, 27% nadwykonań w ryczałcie PSZ, przy czym wszyscy mamy świadomość tego, że ryczałt jest odrębną pozycją, która jest kompletnie różnie skonstruowana niż pozostałe świadczenia, które są udzielane w ramach systemu opieki zdrowotnej i świadczenia limitowe, poza lekami w chemioterapii i lekami w programach naukowych, za które płatności – tak jak powiedziałem – zostały zrealizowane w 100-procentach. Tam, w zależności od rodzaju świadczeń, nadwykonania były realizowane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich w odniesieniu do wartości progowej maksymalnej dla danego typu świadczenia od 100 do bodajże 50%, jeżeli sobie dobrze przypominam. Średnio te nadwykonania zostały opłacone w wysokości blisko 81% wartości nominalnej wykonania, które zostało przez świadczeniodawców sprawozdane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo dziękuję. Bardzo wyczerpująco, jak zwykle. W tej chwili przystępujemy do dyskusji. Kto z państwa chce zabrać głos? Myślę, że najpierw posłowie, a potem strona społeczna. Dobrze? Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, państwo posłowie, panie ministrze, szanowna Komisjo, ja mam pytanie do pana posła Cieszyńskiego... Pan poseł się cieszy. Bardzo dobrze. Ile szpitali panu odpowiedziało na tę ankietę, którą pan im zafundował?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Myślę, że ponad 300...

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Jaki to jest procent?

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Ponad 300 z 600, które są w sieci.

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Aha, czyli ponad połowa odpowiedziała.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Tak.

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Dziękuję. Pytam, żeby to było w miarę miarodajne...

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Ja chętnie panu posłowi wszystkie odpowiedzi udostępnię i wszystkim państwu z Komisji Zdrowia. Jeśli ktoś z państwa jest zainteresowany, to wszystko chętnie udostępnię. To są publiczne dane. Nawet Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Widzę, że pan prezes Szulc się pobudził, to chętnie udostępnię.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Panie pośle, czy to wszystko?

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Tak.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo proszę, pan poseł Cieszyński.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Szanowni państwo, w tych wypowiedziach pana ministra i pana prezesa usłyszeliśmy, że właściwie wszystko jest super. No to ja chciałbym, żeby pan minister i pan prezes przekazali to do szpitala w Mrągowie. Szpital w Mrągowie pisze, że nie jest w stanie sfinansować podwyżek, które narzuciła na niego ustawa w ramach tych aneksów, które dostał z funduszu.

Szpital w Mrągowie ma 6 oddziałów i wszystkie te oddziały mają straty. W jaki sposób państwo sobie wyobrażacie, że to ma się spinać? Z powodu podwyżki, którą daje Narodowy Fundusz Zdrowia w postaci wyceny świadczeń, w sytuacji, w której bardzo wiele świadczeń jest rozliczanych jako procent, jak to może się spinać. Jak to jest możliwe, że ludzie, którzy zarabiali 100 tys. zł miesięcznie, w wyniku podwyżki zarabiają 105 tys. zł, a ustawa mówi o tym, że chodzi o to, żeby ten, kto zarabiał 10 tys. z hakiem – mówię o podstawowej pensji – zaczął zarabiać 11 tys. z hakiem? Jaką logiką państwo się kierujecie w tej sytuacji?

Możliwe, że państwo zaraz powiecie, że to jest wina poprzedników, bo oni tak to wprowadzili. Tak, to poprzednicy to wprowadzili, ale państwo rządzicie od 2 lat i to państwo mówicie, że nie ma na nic pieniędzy. Skoro więc nie ma na nic pieniędzy, to chyba warto wprowadzić jakieś reformy. Moje pytanie jest takie, jaka logika stoi za tym, że reforma, której celem było to, żeby rokrocznie o wskaźnik wzrostu wynagrodzeń waloryzować wynagrodzenie minimalne, prowadzi do tego, że krezusi stają się jeszcze większymi krezusami. Jaki jest sens tego? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo, Ja myślę, panie pośle, że nie wiem, czy akurat będziemy przytaczać takie przykłady typu dane miasto, czy dany szpital powiatowy, bo jest to niepełna informacja, co pan powiedział, że są krezusi. Pan zadaje bardzo ciekawe pytania, dotyczące wszystkich szpitali oczywiście, m.in. ile zarabiają, jakie są najwyższe płace w danym miesiącu itd. itd.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Tak. Będę namawiał Wysoką Komisję, żeby w tej sprawie też zorganizować posiedzenie.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Jeżeli pan pozwoli, to dokończę. Tutaj taki przykład akurat, jak ma się bilansować. Pozostawmy temu szpitalowi, jego działalności to, jak się powinien bilansować. To jest akurat szpital z województwa warmińsko-mazurskiego. Pan jest posłem również z warmińsko-mazurskiego, dlatego bardzo często pan przytacza przykłady właśnie z danego województwa. Jednak tutaj chodziło

głównie o to – po to się spotkaliśmy i taka była myśl przewodnia państwa – czy wszystko za 2024 r. zostało wypłacone. Dowiedzieli się państwo przed chwilą, że właściwie w 100 procentach za wszystko, co było nielimitowane, zostało zapłacone częściowo w 2024, a częściowo w pierwszym kwartale tego roku, i potwierdzam, że tak było.

Natomiast ja mam takie pytanie do pana prezesa i pewnie do ministerstwa, kiedy właściwie nastąpi jakaś zmiana płatności za nie limity, limity, ryczałty. To wszystko jest już tak pogmatwane, moim zdaniem, że zaczyna być mało czytelne i mało widoczne. My ciągle mamy tak – zapłacone za nadlimity, w tym nadlimity nielimitowane i nadlimity limitowane i na okrągło jest dyskusja czy już na pewno zostało za to zapłacone i w jakim stopniu. Nie wiem.

Może faktycznie, tak jak tutaj mówił pan poseł Cieszyński, nadszedł już czas, ażeby trochę się zastanowić, czy ten sposób nazywania procedur i kontraktowania procedur jest prawidłowy i słuszny. To znaczy, czy prawidłowy, to tutaj bym nie dyskutowała. Czy słuszny, jeżeli za każdym razem mamy ten sam dylemat? Potem jest ten dylemat, że na przykład ocenia się, że szpital ma zadłużenie, mimo że dostał jakieś pieniądze, ale nikt nie patrzy, jakie te koszty były, w tym koszty osobowe. Oczywiście, jeśli chodzi o koszty osobowe, poprzednia władza weszła z ustawą o najniższym minimalnym wynagrodzeniu i bardzo słusznie...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Państwo głosowali nad tą ustawą...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie dokończyłam. Chciałam powiedzieć, że bardzo słusznie, że taka ustawa się znalazła. Jednak czy dobre są współczynniki do tej ustawy, czy prawidłowo jest to robione, to ewentualnie jest to pytanie do Ministerstwa Zdrowia. Zresztą czeka nas cały czas dyskusja i myślę, że od pani minister też się dowiemy, co ewentualnie z tym najniższym wynagrodzeniem i jak będzie dalej z tą ustawą, a w związku z tym jak to będzie funkcjonowało dalej, jeśli chodzi o koszty osobowe całej ochrony zdrowia. Bardzo proszę następną osobę...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, to jeszcze ad vocem, bo pani tutaj do mnie się zwróciła. Pani mówi, że Mragowo to mój okręg wyborczy, ale na szczęście zapytałem też, na przykład, o Szpital Miejski w Elblągu. To jest pani okręg wyborczy. Tam też im się nie spina i też piszą, że środki, które dostali z NFZ-u, nie wystarczają im na to, żeby pokryć koszty podwyżek. Co więcej, piszą, że mają niezapłacone za programy lekowe za pierwszy kwartał, mimo że miało być zapłacone.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Za chwilę było zapłacone. Natomiast, jak mówię, nie wiem, czy to posiedzenie Komisji ma służyć też temu...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, to jest pismo z sierpnia...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

...że będziemy na okrągło przytaczać przykłady pojedynczych szpitali, bo pan mówi – szpital ten... W ogóle udzielanie odpowiedzi jest często trudne, ponieważ pan zadaje pytania, a potem wykorzystuje to mówiąc, że to jest informacja publiczna i za każdym razem, kiedy panu wygodnie, to pan szafuje – albo szpital w Elblągu, albo szpital w Mragowie, albo nie wiem jeszcze jaki, pewnie w Olsztynie czy jakiś inny...

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Pani przewodnicząca, przecież to nie jest tak, że pan poseł wymyślił sobie te odpowiedzi, tylko cytuje odpowiedzi, które uzyskał w ramach interwencji poselskiej. W związku z tym jest to...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Przepraszam bardzo, ale nie udzieliłam pani głosu...

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Ja się zgłosiłam, tylko...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pani się zgłosiła, za chwilę dostanie pani głos. Natomiast myślę, że poseł Cieszyński nie potrzebuje adwokata i sobie bardzo dobrze poradzi. Bardzo proszę, pani poseł Zawisza.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Mam takie wrażenie, że trochę odpłynęliśmy, jeśli chodzi o to, bo jakby mijamy się z clou problemu w tym sensie, że budżet zaplanowany na ten rok był niewystarczający, budżet zaplanowany na przyszły rok będzie niewystarczający i ten problem, o którym powiedział pan poseł Cieszyński, będzie się wyłącznie powiększał. To znaczy pieniądze, które są zaplanowane na system ochrony, nie wystarczą. Szpitale będą się zadłużać albo będą likwidować oddziały, albo będą po prostu szukały jakiegoś sposobu, żeby oszczędzić. To jest oczywiste.

Ja nie zadawałam pytania, czy szpitale będą miały pieniądze na podwyżki. Ja zadałam pytanie, jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o wypłatę wynagrodzeń i wypłatę dla pracowników i pracowników zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej i dostałam odpowiedzi ze szpitali, że sytuacja jest trudna. Dlaczego sytuacja jest trudna? Zacytuję jedną z odpowiedzi. Mogę je również przekazać do ministerstwa, jeśli trzeba. „Niestety jako organ założycielski szpitala powiatowego musimy potwierdzić, iż informacja dotycząca występowania problemu z wypłatą wynagrodzeń dla pracowników i pracowników zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych jest prawdziwa z uwagi na brak zapłaty przez NFZ za wypracowane nadwykonania”.

Takich odpowiedzi mam naprawdę sporo. To nie jest tak, że to jest pojedyncza odpowiedź. Jest troszeczkę tych odpowiedzi, które właśnie idą w tym kierunku. Odpowiedzi, że są podzielone na 2 albo 3 raty, czasami na 4, jeśli chodzi o umowy cywilnoprawne, ze względu na to, że szpitale po prostu nie mają pieniędzy. Ponieważ sytuacja jest taka, że NFZ nie przekazuje im tych pieniędzy, oni nie są w stanie płacić za bieżące zobowiązania, co powoduje, że część pracowników ochrony zdrowia po prostu odchodzi. Odchodzą do prywaty – to znaczy, odchodzą z publicznej placówki, idą pracować w prywatnych, ponieważ tam tego problemu nie ma.

To jest coś, co też sygnalizowali mi sami pracownicy ochrony zdrowia. Jedna z osób, która do mnie pisała, po prostu nie ma możliwości pracować w szpitalu na podstawie umowy o pracę, ponieważ dyrektor szpitala nie zgodził się na to ze względu na koszty, które musiałby ponieść. W związku z tym ta osoba została zmuszona do tego, żeby pracować na kontrakcie i teraz, wychowując niepełnosprawne dziecko, nie ma pieniędzy na rehabilitację, nie ma pieniędzy na życie, ponieważ jest zatrudniona na tego typu kontrakcie, że dostaje po prostu groszowe, na przykład 10% swojego kontraktu. Za te pieniądze musi wyżyć, za te pieniądze musi rehabilitować swoje dziecko, za te pieniądze musi normalnie funkcjonować. To jest sytuacja, która ją również skłania do przemyśleń na temat tego, jak funkcjonuje system publiczny. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca. To znaczy państwo polskie nie powinno w ten sposób traktować pracowników.

Ja takich odpowiedzi też mam sporo. To znaczy, jeśli my już teraz mamy problem z tym, że szpitale nie są w stanie realizować swoich zobowiązań, to jeśli wejdą podwyżki, w jaki sposób te szpitale mają realizować kolejne zobowiązania, które będą mieli. W tym sensie naprawdę jesteśmy w bardzo trudnej sytuacji. Szpitale publiczne nie tylko przestają dawać radę. One będą coraz częściej patrzeć, co przynosi najmniejsze straty i te oddziały będą utrzymywane, a cała reszta będzie się zamykać i zwiijać. Co więcej, będziemy mieli coraz większy problem z tym, że kadra po prostu będzie odpływać, szczególnie w dużych miastach – to będzie problem – albo w miejscowościach z obwarunków dużych miast, gdzie po prostu do tego dużego miasta będzie bliżej.

My teraz naprawdę potrzebujemy sensownie zacząć rozmawiać o finansowaniu ochrony zdrowia, ponieważ Polska wydaje na system ochrony zdrowia prawie najmniej w Europie. Wyceny świadczeń są po prostu zbyt niskie i o tym wiemy doskonale. Zresztą Związek Powiatów Polskich i dyrektorzy szpitali powiatowych mówią o tym od wielu lat, że wyceny tych świadczeń, które są realizowane w szpitalach powiatowych, po prostu nie pozwalają na utrzymanie szpitala powiatowego. Jeżeli mamy system, który z zasady ma prowadzić do zadłużania, to znaczy, że ten system jest po prostu źle ustawiony i problemem nie jest szpital. Problemem nie jest dyrektor szpitala. Problemem jest ustawodawca, który nie potrafi znaleźć środków na to, żeby ten system mógł działać. A jeśli będziemy wydawać najmniej w Europie, to takie problemy będą się po prostu pogłębiać.

Gdy czytam informację ministra, że wszystko jest super i wszystko jest wspaniale, to naprawdę, kiedy rozmawiam z dyrektorami szpitali, kiedy czytam pisma, które otrzymuję, mam wrażenie, że żyjemy w dwóch różnych rzeczywistościach. Co więcej, w tej samej rzeczywistości, w której żyją dyrektorzy, żyją również pacjenci, bo to oni odchodzą z kwitkiem.

Ja rozumiem, że pani przewodniczącej nie podoba się cytowanie pism z konkretnych szpitali z konkretnych miejscowości, ale na tym to polega. Tam mieszkają ludzie i ci ludzie widzą, jak wygląda sytuacja finansowa ich szpitala. Widzą, że ci dyrektorzy zastanawiają się, który

oddział zlikwidować, w jaki sposób zorganizować pracę, żeby zapewnić jak najlepszą jakość usług, ale po prostu nie dają rady. Nie dają rady nie dlatego, że nie są dobrymi menadżerami, nie dlatego, że nie są w stanie lepiej tego zorganizować. Po prostu mają niewydolny system, ponieważ NFZ nie płaci im za nadwykonania. NFZ nie daje im po prostu pieniędzy za wypracowane świadczenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję. Czy pytanie jakies? Nie. Bardzo proszę, pani poseł Polak.

Posel Elżbieta Anna Polak (KO):

To tak nie do końca, ponieważ analizując odpowiedź, którą otrzymaliśmy również w formie pisemnej, czytamy, że zaplanowaliśmy już na 2024 r. dwukrotnie większą dotację do Narodowego Funduszu Zdrowia, niż pierwotnie to zrobił rząd Prawa i Sprawiedliwości, a ostatecznie w tym roku dotacja podmiotowa wynosi 27,65 mld zł. Czyli widać, że środki rosną.

Ja też sprawdziłam. Też wykonałam tę pracę w moich szpitalach lubuskich. Faktycznie za ubiegły rok za nadwykonania, czy jak to nazwać, zostało wszystko uregulowane. W tym roku jest problem za pierwsze półrocze. Są świadczenia, które wynikają z kontraktu, za które jeszcze nie jest zapłacone. Ale przecież zawsze było za nie płacone z pewnym poślizgiem.

Zwłaszcza, że dzisiaj też będziemy analizować – ja przeczytałam sprawozdanie za 2024 r. – warto popatrzeć, jakie są duże różnice planu do tego, co państwo zostawili. Mianowicie w 2024 r. odnotowaliśmy wzrost środków na świadczenia o 11,4%. Kwotowo to o ponad 20 mld zł. Mówimy nie tylko o kontraktach dla szpitali, ale również w ramach opieki ambulatoryjnej i opieki specjalistycznej. Przy ambulatoryjnej wzrost o 16%, przy specjalistycznej 18,2%. Są to naprawdę spore środki. Wartość kontraktu wzrosła o 16,7% za ubiegły rok. Również na programy lekowe. Może na następnym posiedzeniu będziemy o tym rozmawiać w szczegółach, ale te kwoty wyraźnie pokazują, że z budżetu państwa dofinansowujemy świadczenia i wszystkie procedury w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ja mam takie pytanie. Czy mamy wyliczone procentowo, ile stanowią wynagrodzenia w kontraktach szpitalnych? Czy moglibyśmy uzyskać taką informację? Myślę bowiem, że rozsądnie jest przyznać, że jednak spłacamy ten dług pocovidowy. Wciąż ta profilaktyka, diagnostyka nie były realizowane na takim poziomie jak normalnie, jednak w czasie pandemii doszło do pewnego zaburzenia. Dobrze więc byłoby, żeby taką analizę zrobić dokładnie i też przedstawić wnioski na posiedzeniu Komisji, takie daleko idące, jakie są skutki pandemii, jak długo będziemy jeszcze płacić spłacać ten dług. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Pietrykowski.

Posel Norbert Pietrykowski (Polska2050-TD):

Dziękuję bardzo. Szanowna Komisjo, ja mam pytanie, bo tutaj cały czas mamy ten dwugłos. Bardzo dobrze, że są państwo ministrowie. Jak to jest? Czy szpitale otrzymują na bieżąco środki? Proszę, bo tutaj jest taki dwugłos, żeby pan minister odpowiedział na to pytanie.

I dodatkowe pytania. Jak kształtują się nadwykonania, oczywiście w nie limitach, w chemioterapii czy też programach lekowych? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Teraz pan poseł Giziński.

Posel Włodzisław Giziński (KO):

Ja nie mam pytania do pana ministra ani do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast trudno powstrzymać się przed pewnym uogólnieniem. Jeśli słyszę słowa o tym, że szpital przynosi straty, że oddział albo wszystkie oddziały przynoszą straty, jeśli słyszę zdanie o tym, że komuś z pracowników szpitala czy przychodni brakuje pieniędzy na życie, to proponuję, żebyśmy przed wypowiedzeniem tych populistycznych haseł w rodzaju ratujemy szpitale, ratujemy służbę zdrowia, ratujemy oddział, który nam chcą zamknąć, przyjęli jednak bardzo oczywisty fakt, choć uogólniony. Jeśli szpital czy oddział przynosi straty, to znaczy, że koszty ponoszone na funkcjonowanie tego szpitala są wyższe niż liczba pacjentów, którzy przynoszą ze sobą pieniądze...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo proszę, nie przeszkadzajcie państwo. Pan poseł nie przeszkadzał nikomu.

Poseł Włodzisław Giziński (KO):

Ja celowo proponuję zastanowienie na poziomie być może nadmiernego uogólnienia, również po to, żeby podkreślić populizm, który, moim zdaniem, nie przystoi poważnej dyskusji w parlamencie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Koszutska.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Ja chciałabym bardzo podziękować zarówno panu ministrowi, jak i panu prezesowi za wyczerpującą wypowiedź. Podziękować za ten trud, by jednak te nadwykonania z roku 2024 zostały wyrównane, ale pojawiły mi się dwa pytania.

Pan prezes powiedział takie zdanie – specjalnie sobie to zapisałam – że spodziewamy się stałego dofinansowania ochrony zdrowia spoza składki NFZ-tu i że to będzie konieczne. Zatem pytanie mam takie, czy państwo zastanawiali się, jaka powinna być składka obowiązująca w państwie, aby uniknąć tych stałych dofinansowań z NFZ-u. I drugie pytanie. Jak wyglądają nadwykonania dotyczące pacjentów nieletnich? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Tomczak.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):

Wysoka Komisjo, szanowny panie ministrze, również dziękuję za przedstawienie tych wszystkich faktów i danych. Ja mam pytanie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy NFZ analizuje corocznie w swoich okręgowych oddziałach kwestie związane z tym, jak podpisywane są te umowy z placówkami, czy wszystkie placówki realizują w pełni kontrakty im przydzielone? Z drugiej strony, jeżeli widać tę skalę nadwykonań, jakie placówki zgłaszają i proszą o zwrot środków. Czy wtedy jest sukcesywnie, w odniesieniu do potrzeb podpisany kontrakt na kolejny rok w wyższej wysokości, a jeżeli nie, to czy Ministerstwo Zdrowia ma dane, jakie jest zapotrzebowanie?

Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że obecnie nie jesteśmy w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb zdrowotnych naszych obywateli. Jednakże zmierzam do tego, czy prowadzony jest bardzo skrupulatny audyt związany z tym, czy my znamy skalę zjawiska. Czy jakiegokolwiek działania w tym zakresie są robione, również z zaznaczeniem, czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji pracuje nad nową wyceną świadczeń, która odpowiadałaby właśnie temu zapotrzebowaniu kosztowemu, jakie zgłaszają placówki medyczne? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Bojarski, bardzo proszę i tę turę zakończymy, oddamy głos, a potem znowu przystąpimy do dalszych pytań. Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Ja chciałbym zapytać, panie ministrze, czy państwo dysponujecie bardzo precyzyjnymi danymi – i tak zostawmy, żeby to dotyczyło szpitali powiatowych – które szpitale i jak są zadłużone, bo cały czas myślę, oczywiście przy wielu mądrych i rozsądnych stwierdzeniach, że bardzo uogólniamy, że to nie jest tak proszę państwa, że tylko wycena jest tym jednym wielkim nieszczęściem. Gdyby tak było, to 100% szpitali powiatowych w Polsce byłoby zadłużonych, a tak nie jest. To jest bardzo złożona sprawa. Ujemny wynik w jednostce szpitalnej jest wynikiem struktury tej jednostki i wyceny świadczeń, i poziomu zatrudnienia, często przerostu zatrudnienia.

Ja mogę powiedzieć na przykładzie swojego szpitala, a mam dokładnie takie same wyceny jak okoliczne szpitale. Proszę sobie wyobrazić, że jeden z okolicznych szpitali powiatowych – nie będę przytaczał nazw – ma prawie 180 mln zł długu, kolejny 80, kolejny 40, a mój nie ma złotych długu. No, gdzieś tkwi problem... Nie, nie. Nie chciałem tego. Nie chciałem, żeby to tak zabrzmiało, ale żeby było jasne, również zarządzanie jest tym problemem, który mamy w Polsce. Wszyscy, którzy w ochronie zdrowia funkcjonują przez wiele, wiele lat, wiedzą, że to jest również istotny problem, czyli niski poziom jakości zarządzania w polskich szpitalach.

Tak więc proces jest złożony. Myślę, że te dane, o które poprosiłem pana ministra, w sposób jednoznaczny pokażą, że ta mapa nie jest taka sama w całej Polsce. Nie jest taka sama nawet w jednym województwie, więc widać wyraźnie, że przy tych samych warunkach realizacji świadczeń – bo wszyscy mamy dokładnie takie same – efekty finansowe jednostek są bardzo różne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze zgłosili się pan Kapinos i pani Szczurek-Żelazko. Myślę, że na tym zakończymy turę pytań posłów i przejdziemy albo do odpowiedzi, albo do strony społecznej. To jeszcze uzgodnimy. Bardzo proszę, pan poseł Kapinos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, w tym roku za nadwykonania nielimitowane za pierwszy kwartał zapłacono dopiero w sierpniu – to tak dla pana posła informacji – w związku z czym szpitale musiały wziąć kredyt, żeby zapłacić lekarzom i wszystkim, którzy tam są. I za leki musiały zapłacić. Chciałbym zapytać, kiedy będzie zapłacone za nadwykonania nielimitowane za drugi kwartał.

W tamtym roku, jeżeli chodzi o nadwykonania limitowane, już od września wiele szpitali wstrzymywało przyjęcia. Na przykład, ortopedia w Dębicy, bo wiedzieli, że nie będą mieli zapłacone. O tym też trzeba tu dzisiaj powiedzieć, że szpitale w tamtym roku wstrzymywały przyjęcia tylko z tego względu, że wiedziały, że nie będą miały zapłacone za nadwykonania limitowane.

Tutaj jest informacja taka, że w przypadku nadwykonań w świadczeniach limitowanych placówki medyczne otrzymały od NFZ propozycje umów. Ile zostało zapłacone? Jak to było procentowo? Ile dostały tych pieniędzy? Proszę? 83%. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Szczurek-Żelazko, bardzo proszę.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani przewodnicząca, ja chciałabym się odnieść do tych informacji dotyczących takiego populistycznego, jak pan poseł powiedział, podejścia do systemu ochrony zdrowia, że w sposób populistyczny chce się ratować szpitale, czy poszczególne oddziały szpitalne, które są zagrożone likwidacją ze względu na wynik finansowy. Chcę więc wszystkim przypomnieć, że to nie wynik finansowy szpitala powinien decydować o tym, czy dany podmiot medyczny może istnieć lub nie, tylko mapa potrzeb zdrowotnych. Jeżeli szpital generuje straty, to trzeba się przyjrzeć, dlaczego struktura świadczeń jest taka, że wszystkie te świadczenia, które realizuje, są źle oszacowane, są niedoszacowane i dlatego przynosi straty.

Z drugiej strony, wiemy też doskonale, jak wyceniane są poszczególne procedury. Mają się czasami nijak do faktycznych kosztów ponoszonych przez szpitale. Często szpitale, szukając różnego rodzaju możliwości zbilansowania, uruchamiają też inną działalność po to, żeby właśnie dofinansować te usługi, które de facto są podstawowymi usługami świadczonymi w ramach statutu. Nie jest to więc działanie populistyczne.

Jeżeli tak będziemy podchodzić, to ja rozumiem, dlaczego w tej chwili są w sposób niekontrolowany likwidowane oddziały ginekologiczno-położnicze. Skoro likwiduje się oddział, który jest jedynym w promieniu 50 czy 100 km, bo się nie bilansuje, to on nie będzie się bilansował, ponieważ tam gęstość zaludnienia jest taka, jaka jest, jednak ze względu na rodzaj świadczenia ten oddział jest niezbędny. Należy więc się zastanowić nad inną wyceną tej procedury, żeby ten szpital mógł zapewnić podstawowe minimum bezpieczeństwa kobietom. Jeszcze raz przestrzegam przed tym, żebyśmy podejmowali takie decyzje na zasadzie, że nie bilansuje się szpital, to go likwidujemy. Nie bilansuje się – z jakich powodów? To jest ważne, żeby się temu przyglądać.

Natomiast mam też pytanie odnośnie do tych wszystkich zapłaconych świadczeń, bo pan prezes powiedział, że za wszystkie świadczenia zostało zapłacone. Ja rozumiem, bo znam sposób tej odpowiedzi. To, że zostało za nie zapłacone, to nie znaczy, że zostało zapłacone po wartości takiej, w jakiej został poniesiony koszt. Pan mówi, że to 80%, czy ileś. Czyli rozumiem, że za wszystkie świadczenia udzielane w podmiotach leczniczych na terenie naszego kraju zostało wypłacone w wysokości przynajmniej 80%. Czy tak? Tak to należy rozumieć, czy były też inne...? No właśnie, a pan mówi, że zostały wypłacone wszystkie. Średnia? To znaczy, co? A najmniejsza wartość jaka jest? Proszę nam tu powiedzieć, na przykład, za który rodzaj świadczeń zostało zapłacone w wysokości 20%...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pan prezes już to wszystko mówił, pani poseł.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale ja proszę, żeby powtórzył, bo nie słyszałam.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Pan prezes to naprawdę mówił, tylko pani później przyszła.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To w takim razie sobie odsłucham.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Bardzo proszę, strona społeczna.

Wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry. Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia. Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Dziękuję też za udzielenie głosu pacjentom, ponieważ w dotychczasowej dyskusji kwestia pacjenta, który jest faktyczną ofiarą problemu, nie wybrzmiała, w przeciwieństwie właśnie do szpitali i pracowników. Tymczasem to pacjent ponosi konsekwencje niedofinansowania systemu ochrony zdrowia w postaci opóźnionej diagnostyki czy ograniczonego dostępu do leczenia.

Mam dwa pytania. Pierwsze, do Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia zagwarantuje pełne rozliczenie nadwykonań w onkologii zarówno w diagnostyce i leczeniu realizowanym poza kartą DiLO, jak i w programach lekowych, w części obejmującej świadczenia towarzyszące, poza kosztem samego leku? Biorąc pod uwagę, że szacunkowo nawet 50% pacjentów rozpoczyna diagnostykę onkologiczną poza trybem DiLO, a więc świadczenia te mają charakter limitowany, chciałabym usłyszeć jednoznaczną odpowiedź, czy zostaną one w całości sfinansowane. Tego, że nie zostaną, boją się pacjenci. Jakie są gwarancje NFZ, że w sytuacji problemów z płynnością finansową funduszu i konieczności zasilania go dotacjami z budżetu państwa, świadczenia onkologiczne nie zostaną objęte mechanizmami ograniczającymi płatność za nadwykonania?

I pytanie do Ministerstwa Zdrowia. W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia zamierza rozwiązać problem chronicznego niedofinansowania systemu w sposób systemowy, a nie tylko poprzez dosypywanie dotacji i łatanie bieżących dziur? Czy trwają prace nad gruntowną reformą modelu finansowania ochrony zdrowia w Polsce? Jeśli tak, proszę o wskazanie, jakie konkretne rozwiązania są analizowane i w jakim horyzoncie czasowym możemy spodziewać się ich wdrożenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Od 2 lat staraliśmy się przekonać opinię publiczną, w tym państwa posłów, że obecna sytuacja była nieunikniona, to znaczy, przez kilka lat żyliśmy ponad stan. Najpierw wyczerpał się fundusz zapasowy, teraz jesteśmy w sytuacji, w której niestety brak płynności finansowej po stronie płatnika będzie nieuchronnie prowadził do pojawiania się opóźnień w płatnościach i tego nigdy dosyć.

Zwracam uwagę państwa posłów, że to nie jest kompletnie wina Narodowego Funduszu Zdrowia i tego nigdy dosyć. Proszę o przyjęcie gestu solidarności, bo to Narodowy Fundusz Zdrowia będzie ponosił najpewniej część wizerunkowych czy nawet może politycznych konsekwencji tej sytuacji, podczas gdy pada ofiarą narzucania na niego dodatkowych obowiązków bez pokrycia finansowego.

Niestety, chciałbym zwrócić uwagę państwa posłów, że ta sytuacja może wyłącznie się pogłębiać właśnie z tych powodów, które zasygnalizował pan prezes Szulc. Jeżeli ustawa o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego odnosi się do średniego wynagrodzenia w gospodarce, a według wszelkich analiz Ministerstwa Finansów ujętych w założeniach makroekonomicznych liczba pracujących będzie się zmniejszać, to matematycznie jest niemożliwe, żeby ten mechanizm był możliwy do utrzymania. Co więcej, wobec trudnej sytuacji budżetu państwa oraz rosnącego uzależnienia płatnika publicznego od pieniędzy budżetowych, będą pojawiać się naturalne w tej sytuacji tendencje ministra finansów do przeznaczania zbyt małych kwot.

Ponadto zwracam też państwa uwagę na następujące. W tym materiale, który został przekazany, na stronie czwartej znajdują państwo informacje, że większość z zaplanowanej na ten rok dotacji została już do Narodowego Funduszu Zdrowia przekazana, a pomimo tego pojawiają się kłopoty z płatnościami. Oznacza to, biorąc pod uwagę, że od 1 lipca, czyli na trzeci i czwarty kwartał trzeba przeznaczyć dodatkowe środki na wypłaty podwyżek, że jest niemalże matematycznie niemożliwe, aby sfinansować trzeci kwartał.

Co więcej, to co wydarzyło się w tym roku w skali 24-krotnie większej aniżeli w roku 2024. Czyli 24 razy więcej wydano na zapłatę zobowiązań z lat ubiegłych w ramach tegorocznego planu. W związku z tym zwracam tylko państwa uwagę na to, że to jest dopiero pewien przedsmak tego, co nas czeka.

Jeżeli słyszę też argumenty dotyczące tego, że niektóre świadczenia są źle wycenione, to zwracam państwa uwagę na to, że jeżeli mamy za mało pieniędzy, to jest gra o sumie zerowej. Jeżeli te wyceny pójdą do góry, to sfinansuje się mniej świadczeń. Jesteśmy więc w sytuacji – jest to być może banał – w której należy zwiększyć przychody Narodowego Funduszu Zdrowia i radykalnie zaciągnąć hamulec ręczny. Jedno to ustawa o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego, a także daleko idące w regulacje wynagrodzeń kontraktowych, dlatego że w innym przypadku ofiarą padną pacjenci, co widać już zresztą w sprawozdaniach kwartalnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mam dwa pytania do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałbym zapytać, jaka kwota dotacji podmiotowej w ramach tegorocznego planu finansowego byłaby potrzebna – szacunkowo, naturalnie – aby sfinansować zobowiązania obejmujące również trzeci oraz czwarty kwartał.

Drugie pytanie. Jeżeli ten poziom dotacji ma być z grubsza niezmienny, chciałbym zapytać, bo trzeba będzie znowelizować plan finansowy na kolejny rok, jaka kwota, szacunkowo, będzie ujęta w ramach przyszłorocznego planu finansowego na pokrycie zobowiązań tegorocznych, przede wszystkim z czwartego kwartału.

I o tym, jak trudna jest sytuacja funduszu. Zachęcam wszystkich do wejścia w informator o umowach, Na przykład, budżet na onkologię w województwie mazowieckim na czwarty kwartał to jest 0 zł. Nie jest to wynik złej woli dyrektora oddziału wojewódzkiego na Mazowszu, tylko on nie może zaciągać zobowiązań ponad to, czym dysponuje.

Jeszcze raz uprzejmie proszę o informację, w jakiej wysokości dotacja podmiotowa z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia jest niezbędna do pokrycia zobowiązań, również z trzeciego i czwartego kwartału. A jeżeli miałyby się nie zwiększać, to pytanie, jaka będzie ta wartość w przyszłorocznym planie zobowiązań do finansowania z lat ubiegłych. Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani doktor.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat:

Dziękuję bardzo za głos. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Słuchając wypowiedzi państwa nie tylko na tej sali, ale już od kilkunastu miesięcy, każdy z nas, kto zabiera głos i komu opieka ochrony zdrowia na pewno leży na sercu, ma rację. Jednak, proszę państwa, my nie mamy systemu. Ja powiem ogólnie, czego naprawdę nam brakuje i od czego powinniśmy chyba zacząć.

Nie mamy systemu, który by opracował ścieżkę postępowania gwarantującą jak najszybsze dostanie się pacjenta do leczenia, a przecież chodzi nam głównie o pacjenta. Aby w Polsce ochrona zdrowia była bezpieczna i wydolna, niezbędne jest przeprowadzenie kompleksowej reformy szpitalnictwa, opartej na mapie potrzeb zdrowotnych i zmapowaniu na tej podstawie rodzaju potrzeb świadczeń zdrowotnych w obrębie każdego województwa, bo każde województwo – co też już dzisiaj padło tu na sali – ma swoje odrębności. Gdybyśmy mieli taką mapę potrzeb zdrowotnych, moglibyśmy policzyć, ile jest nam potrzebnych danych świadczeń, ilu specjalistów, jakie oddziały specjalistyczne i może dopiero wtedy, proszę państwa, gdy już się policzymy, będziemy wiedzieć, czego nam potrzeba, powinniśmy mówić o dofinansowaniu. Inaczej będziemy zawsze mówić, że jest mało, tu jest źle a tu tego brakuje.

Ponadto musimy jeszcze wziąć pod uwagę, że na pewno konieczne jest zwiększenie PKB na ochronę zdrowia w Polsce. Nie będę mówiła, ile w tej chwili jest, bo wiecie, że daleko odstajemy

od średniej w Unii Europejskiej. Najpierw musimy jednak wiedzieć, czego chcemy, co nam jest potrzebne w tym kraju i w danym województwie. Dopiero wtedy mówmy, że trzeba będzie mieć tyle oddziałów, tyle szpitali takich, tyle takich.

Przy tym wszystkim musimy też wziąć pod uwagę to, że jeżeli chodzi o demografię, wyprzedziliśmy już nawet Finlandię. Jeżeli chodzi o Europę, jesteśmy najbardziej starzejącym się społeczeństwem. Tutaj już też padło, że będzie coraz mniej ludzi, którzy pracują, którzy płacą składkę zdrowotną. Na pewno pieniędzy ze składek zdrowotnych zabraknie, ponieważ, po pierwsze, jest wielochorobowość u seniorów. Po drugie, medycyna idzie do przodu i naprawdę można bardzo dobrze i świetnie leczyć i pomagać pacjentom, tylko na to są potrzebne pieniądze.

Dlatego może warto by się zastanowić nad reformą składki zdrowotnej. W jakiś inny sposób to... Nie wiem, bo ja jestem lekarzem. Wiem jednak, że na pewno nie może być tak, że wszyscy chcą korzystać z ochrony zdrowia, a nie wszyscy płacą składkę zdrowotną. Dziękuję. Mam jeszcze troszeczkę takich przemysłów, ale to może kiedy indziej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś ze strony społecznej? Nie widzę zgłoszeń. A, bardzo proszę.

Kierownik Działu Monitoringu Prawnego Związku Powiatów Polskich Bernadeta Skóbel:

Dzień dobry. Bernadeta Skóbel, Związek Powiatów Polskich. Nie ukrywam, że my jesteśmy chyba najbardziej zainteresowani tematem, który dzisiaj jest przedmiotem posiedzenia Komisji. Naszym największym problemem obecnie jest jednak zderzenie się z ustawą o minimalnym wynagrodzeniu zasadniczym w podmiotach leczniczych. To jest ustawa, która rok do roku – mówię o tym otwarciu – pogarsza sytuację finansową szpitali powiatowych. To jest efekt kuli śnieżnej, który zaczął się w roku 2022.

Ja tutaj nie zaprzeczam. Rzeczywiście jest tak, że w tej ostatniej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącej podwyżek, pojawiły się pewne elementy, które miały na celu promowanie szpitali pierwszego i drugiego poziomu, ale one, po pierwsze, są niewystarczające, a po drugie, mają charakter czasowy.

Jeżeli chodzi o wzrost współczynników dla szpitali pierwszego i drugiego poziomu, to w samej rekomendacji wprost znalazł się zapis, że ten wzrost jest wprowadzony do czasu – tam jest użyte takie sformułowanie – wdrożenia reformy szpitali. My nie wiemy, co to znaczy. Obawiamy się tego, że będzie podobna sytuacja jak na przełomie roku 2022 i 2023, kiedy pierwszy raz ta znowelizowana ustawa zadziałała, kiedy część szpitali, w tym szpital, przypominam, z Częstochowy, czyli szpital, którym pan minister Konieczny ówczesnie zarządzał, nie otrzymały środków na podwyżki.

Dla tych szpitali zaplanowano wtedy, po rozmowach z Ministerstwem Zdrowia, specjalny współczynnik PSZ, który zniknął w roku 2023. Czyli w 2023 szpitale znowu miały zapłacić podwyżki, ale jednocześnie cofnięto im środki, które na ten cel otrzymały na rok 2022 i ten efekt kuli śnieżnej cały czas widzimy.

Żeby nie podawać konkretnych przykładów szpitali, tak jak tutaj państwo prosili, my co roku robimy analizę finansową szpitali korzystając z dokładnie tych samych danych, które szpitale przekazują do Centrum e-Zdrowia. Z tych danych wynika, że ponad 75% szpitali powiatowych ma problemy z płynnością. My wszyscy się skupiamy na wysokości zobowiązań. Wiadomo, że zobowiązania rosną, jeżeli wzrasta wysokość kontraktu, ale my mamy problem z płynnością, z tym, żeby na bieżąco regulować zobowiązanie. To jest 75% szpitali. Trudno więc jest mi się zgodzić z takim stwierdzeniem, że to jest efekt być może złego zarządzania. Ja bym rozumiała, gdyby to dotyczyło 25% szpitali. Jeżeli jednak to jest 75% szpitali, no to naprawdę dużym uogólnieniem jest stwierdzenie, że w takim razie ktoś źle zarządza.

Odnosnie do samej ustawy podwyżkowej, zwracam uwagę na pewien paradoks, który w tej ustawie się pojawia, bo to jest ustawa, która będzie co roku generowała coraz większe problemy po naszej stronie i po stronie płatnika. Wiemy już o tym, że w roku 2026 prawdopodobnie wzrost wynagrodzeń wyniesie około 6,5%. To już widać po pewnych danych makroekonomicznych, którymi dysponuje Główny Urząd Statystyczny. Natomiast minimalna płaca w gospodarce wzrośnie tylko o 3%. 3,5 mln Polaków otrzymuje minimalne wynagrodzenie. Co to oznacza? To, że od tych minimalnych wynagrodzeń jest płacona składka zdrowotna. Nie ma możliwości, żeby przy takim mechanizmie finansowania, że na wysokość składki zdrowotnej ma wpływ wysokość wynagrodzenia, ta ustawa była w stanie nie generować tych problemów. Te problemy po prostu będą z czasem się zwiększać, więc na pewno konieczna jest dyskusja na temat tego,

w jaki sposób ta ustawa ma funkcjonować. Na pewno ona wymaga zmian. My nie twierdzimy, że takiej ustawy nie powinno być, tylko że na pewno powinny być zrewidowane podstawy tego, jak ta ustawa w praktyce funkcjonuje.

W wypowiedzi jednego z posłów padło takie pytanie, czy są prowadzone analizy związane z tym, jak wyglądają płatności dla szpitali. My zrobiliśmy taką analizę 2 lata temu razem ze Związkiem Pracodawców Szpitali Powiatowych i przy współpracy z naukowcami ze Szkoły Głównej Handlowej. Wyraźnie w tych danych widać, że strona dochodowa to jest taka amplituda. Czyli raz mamy niższe przychody, raz mamy wyższe i w zależności od tego, co się wydarza, czy jaka decyzja polityczna jest podejmowana, to czasami mamy jakiś nagły wzrost, po czym z powrotem mamy spadek. Zatem ten napływ przychodów nie jest zrównoważony, nie jest stały. To też jest problem, na który szpitale zwracają uwagę.

I ostatnia rzecz. Kwestia nadwykonań. To jest przedstawione w tej informacji, tylko chciałabym, żeby to wybrzmiało.

Praktycznie wszystkie szpitale powiatowe, oczywiście nie w całości, ale w części, są finansowane w ramach ryczałtu szpitali i zapłata za tak zwane nadwykonania w ryczałcie wyniosła tylko 27%. Dyrektorzy szpitali co roku podejmują tak naprawdę duże ryzyko nie wiedząc o tym, ile otrzymają zapłaty za nadwykonania. Czasami jest to 60%, czasami 27, a czasami nic. Pytanie, jak zarządzać odpowiedzialnie, jeżeli w momencie podejmowania decyzji zarządczych czy udzielamy większej liczby świadczeń czy mniej, my nie wiemy, ile tak naprawdę otrzymamy wynagrodzenia za udzielone świadczenie.

Oczywiście mam pełną świadomość tego, jakie są różnice pomiędzy finansowaniem ryczałtowym, a chociażby świadczeniami nielimitowanymi. Zwracam tylko uwagę na to, że trudno jest podejmować pewne decyzje czy później pociągać do odpowiedzialności dyrektora, jeżeli on w momencie podejmowania decyzji tak naprawdę nie wie, na czym stoi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Chciałabym przypomnieć, że każde zarządzanie to ryzyko. Jako osobny głos... Jako ostatni głos, bardzo proszę, pani poseł Wicha.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Mam nadzieję, że nie osobny. W zasadzie wywołała mnie tutaj do głosu pani doktor, która powiedziała o składce zdrowotnej i o tym, czy składka zdrowotna ma jeszcze jakikolwiek sens w naszym systemie, bo tak zrozumiałam tę wypowiedź.

Niedawno odbył się Kongres Regeneracja! w Dąbrowie Górniczej, gdzie panelistami byli między innymi już nieobecny pan poseł Janusz Cieszyński i pan minister Wojciech Konieczny. Sala zgromadziła tłum osób zainteresowanych tym, czy składka zdrowotna w naszej w naszym systemie opieki publicznej ma jeszcze sens. Doprawdy, wiercie mi państwo, że nie widziałam od lat tak ogromnej liczby młodych osób zainteresowanych ochroną zdrowia, więc jednak to nie jest tak, że tylko starsze osoby się interesują, bo również młode osoby.

Z dyskusji jasno wyniknęło, i również z pytań, które zadawali słuchający, że składka zdrowotna, która obowiązuje w naszym kraju od kilkudziesięciu lat, niestety nie przynosi odpowiednich rezultatów w sensie takim, że po prostu jest to system niewydolny. Gdyby taki nie był, to naprawdę już rządziło tyle ekip i tylu ministrów, że gdyby był jakiś pomysł, żeby na tej podstawie tę naszą ochronę zdrowia wydzwignąć wreszcie z tych koszmarnych długów, to by się to zadziało. Nie wierzę bowiem, że każdemu ministrowi po kolei nie zależy na tym, żeby mieć sukces i żeby ta nasza ochrona zdrowia w końcu została uzdrowiona.

Ja mam takie pytanie. Czy w ministerstwie są jakiekolwiek prace, żeby wreszcie zacząć rozmawiać na temat wprowadzenia podatku zdrowotnego, czyli finansowania ochrony zdrowia z funduszy centralnych, żeby rozdzielić to, co płacą dyrektorzy szpitali od tego, co jest płacone dyrektorom szpitali za leczenie pacjentów? Jeżeli bowiem wciąż będziemy korzystać z jednego worka, to nigdy niestety to nie będzie się spinało. Mamy na to dowody od wielu lat. Naprawdę, bardzo bym prosiła, żeby to rozważyć.

Kolejna rzecz. Nie może też być tak, żebyśmy tylko my, jako pracownicy głównie budżetowi, utrzymywali na swoich barkach państwową ochronę zdrowia. Czas najwyższy, żeby ogromne korporacje, ogromne przedsiębiorstwa zaczęły się dopłacać do naszej publicznej ochrony zdrowia, bo nie jest prawdą, że z niej nie korzystają. To nie jest tak, że korzystają tylko z prywatnej ochrony zdrowia, bo jak trwoga, to do Boga i zawsze kończy się to na publicznej ochronie

zdrowia. Może wreszcie pora nad tym się zastanowić. Zatem moje pytanie brzmi – powtarzam – czy takie prace są. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie ministrze, panie prezesie, o odpowiedzi.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Dziękuję bardzo. Posłowi Cieszyńskiemu chciałem odpowiedzieć, ale opuścił nas. Proszę państwa, jeśli chodzi o to, że w szpitalu w Mragowie nie wystarczy na podwyżkę, oddziały mają straty, zapewne tak jest. Nie będę z tym polemizował.

Jaka jest logika podwyżek dla lekarzy na kontraktach? Rzeczywiście to jest kwestia już dyrektora szpitala, który umowy cywilnoprawne kształtuje tak, jak uważa za stosowne. To, że ten system podwyżek, który jest zawarty w ustawie, jest niekorzystny dla szpitali, to sobie trzeba powiedzieć, ale to właśnie było przedmiotem decyzji rządu Prawa i Sprawiedliwości, że odeszliśmy od tzw. pieniędzy na PESEL i uznano, że lepiej będzie wprowadzić do wyceny świadczeń te podwyżki. To skutkowało takim mechanizmem, który ja nazywam odwróconym Janosikiem, czyli bogaci dostali jeszcze więcej a biedni zbiednieli. Tak, rzeczywiście, ale to była decyzja Prawa i Sprawiedliwości i do dzisiaj ten system tak jest kształtowany. Ja nie wiem, jaka wtedy była logika tego, żeby odejść od wypłacania pieniędzy na PESEL, co uchroniłoby nas przed wieloma niebezpieczeństwami, jakie dzisiaj są.

Odnosnie do szpitala w Elblągu, to mam tutaj dane od pana dyrektora, że ma zero zobowiązań wymagalnych. Nie wiem zatem, dlaczego był przez pana posła Cieszyńskiego podawany jako przykład, nie wiem też, czego przykład, ale ma zero zobowiązań wymagalnych, według naszych danych.

Pani przewodnicząca – kiedy zmiana, limity, nie limity, ryczałty itd. Myślę, że to jest już pytanie do nowej pani minister Jolanty Sobierańskiej-Grendy, gdyż pewnie przedstawi tutaj swoją koncepcję przejścia z tych płatności na inne płatności ewentualne.

Tutaj padła też uwaga na temat zlikwidowania limitów. To jest niebezpieczne przy ograniczonych środkach, bo może to skutkować tym, że wycena nie będzie rosła. To znaczy, tak się obroni płatnik, że po prostu będzie niska wycena świadczeń. Będzie niby płacone za wszystkie świadczenia, co i tak okaże się za małymi pieniędzmi, ponieważ ta wycena nie będzie rosła. Zatem płacenie za wszystkie nie limity nie jest takim złotym środkiem jak by się wydawało na pierwszy rzut oka.

Czy dobre są współczynniki w tej tabelce ustawy? Widzimy po zawodach medycznych, że w większości przypadków te współczynniki odpowiadają godnym zarobkom i na pewno wiele zawodów medycznych zostało zauważonych finansowo przez tę zmianę.

Wiemy, że jest zamieszanie związane z tymi współczynnikami dla pielęgniarek. Za tę samą pracę otrzymują często bardzo zróżnicowane wynagrodzenie i to jest błędem tej tabelki, który powinien być zmieniony.

No i druga rzecz. Wiemy, że te wynagrodzenia lekarzy w tabelce również najwyraźniej nie odpowiadają rynkowej wartości, ponieważ 80% lekarzy pracujących w tej chwili w systemie publicznym pracuje na podstawie umowy cywilno-prawnej, więc uciekło po prostu z tej tabelki, jak można powiedzieć, jako takiej, która jest nieadekwatna do tego jak ta praca powinna być wynagradzana.

Pani posłanka Zawisza stwierdziła, że budżet jest niewystarczający. Mogę powiedzieć, że jest taki, jaki zaproponował prezes NFZ-u. Minister finansów tę kwotę wpisał do budżetu i jest to realizacja również ustawy nakładowej, która od kilku lat jest wykonywana. Te nakłady o odpowiednią kwotę wzrosną, więc budżet jest właśnie taki.

Pan poseł Pietrykowski – czy szpitale otrzymują na bieżąco środki? Jak się kształtują limity za nieletnich itd.? Myślę, że na to pytanie ewentualnie odpowie pan prezes Szulc – potem oddam mu głos.

Oczywiście szpitale na bieżąco otrzymują środki. Nie ma sytuacji takiej, żeby jakieś kontrakty, które są zawarte, były wstrzymywane i sumy nie były przesyłane.

Następne pytanie. Czy prezes AOTMiT pracuje nad nową wyceną świadczeń? Tu poproszę panią dyrektora.

Pan poseł Bojarski. Czy mamy dane, które szpitale i jak są zadłużone? Dzisiaj przedstawiliśmy właśnie te dane. Rzeczywiście nie jest tak, że 100% szpitali jest zadłużonych czy 100% szpitali przynosi straty. Wiele czynników na to wpływa. Rzeczywiście ten poziom zatrudnienia,

ale również możemy powiedzieć, że to zależy od wielu innych czynników. Na przykład od tego, jakie te szpitale pozyskiwały pieniądze na swoją przemianę. Czy były tutaj środki, które umożliwiły im ubieganie się o wyższe kontrakty w innych zakresach, czy też zostały przy tych zakresach świadczeń, które są słabo wycenione i po prostu je wypełniają, bo ktoś w tym regionie musi je wypełniać? Czy mają SOR-y, na przykład, czy tylko opierają się na leczeniu planowym?

To jest dużo pytań, ale myślę, panie pośle, że bym tak nie krytykował tych wszystkich dyrektorów i prezesów szpitali, które nie bilansują się czy przynoszą straty, ponieważ wydawałoby się, że najprostszym rozwiązaniem jest przenieść dyrektorów z tych dobrych szpitali do tych złych szpitali i będzie rozwiązany problem złych wyników finansowych szpitali. No wiadomo, że to nie zadziała. Gdyby tak było, to pewnie samorządy by tak robiły, że dokonywałyby rotacji kadry zarządzającej i uzdrawiały w ten sposób system. Jednak wydaje mi się, że to tak nie zadziała.

Pani minister Szczurek-Żelazko – jeśli nie bilansuje się szpital, to go likwidujemy. No jest to wielkie oskarżenie pana ministra Niedzielskiego, jego planu szpitali ABCD, gdzie właśnie takie założenie było, że te szpitale D miały być właściwie likwidowane, a C bardzo silnie przekształcane. Teraz takich planów nie ma. Jak wiadomo, z ustawy o restrukturyzacji szpitalnictwa, którą uchwalono niedawno, wykreślono te zapisy. Nie chwaląc się, również dzięki mnie, takich zapisów ta ustawa nie wprowadziła.

W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia chce rozwiązać sprawę systemowo? Jaka kwota dotacji podmiotowej jest potrzebna, aby sfinansować trzeci i czwarty kwartał? Może o tych kwotach to też pan prezes Szulc dokładnie powie. Natomiast jak rozwiązać sprawę systemowo, to też myślę, że jest to pytanie do pani minister Sobierańskiej-Grendy, gdy przedstawi swoje plany na systemowe zmiany w ochronie zdrowia.

Pani przewodnicząca Cebula-Kubat wskazała mapy potrzeb jako rzecz, która jest bardzo potrzebna. Oczywiście tak. Oprócz mapy potrzeb bardzo ważna jest sieć łóżek szpitalnych, bo nie tyle szpitale, ile sieci łóżek szpitalnych oraz oczywiście odpowiednia wycena świadczeń to byłby przepis na uzdrowienie, przynajmniej w 80-procentach, wszystkich bolączek polskiej ochrony zdrowia. Jeżeli mielibyśmy dobrą mapę potrzeb, dobrą sieć łóżek, taką adekwatną do tych potrzeb i odpowiednią wycenę świadczeń, to wszyscy wiedzą, że to jest coś, co właściwie w dużej mierze załatwia problem. Natomiast jeszcze jedna rzecz jest potrzebna. Potrzebna jest decyzja polityczna, za co płacimy i skąd bierzemy pieniądze. Czyli te trzy rzeczy, plus decyzja polityczna, za co płacimy, za co nie i skąd bierzemy na to pieniądze, i rzeczywiście można powiedzieć, że system jest uzdrowiony.

Było pytanie o reformę składki zdrowotnej. Myślę, że zgodzę się z panią posłanką Wichą, że składka zdrowotna jest właściwie produktem umierającym w Polsce. Takim, którego, w moim odczuciu, nie da się w odpowiedni sposób zreformować. Mieliśmy w mijającym roku próby takiej reformy składki, które by skutkowały tym, że pieniędzy w systemie byłoby jeszcze mniej, więc całe szczęście, że te prace nie poszły do przodu. I rzeczywiście, odpowiadając na pytanie, czy są jakieś prace na temat wprowadzenia podatku zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia – takim ściśle Ministerstwie Zdrowia – to takie prace nie są prowadzone.

Pani ze Związku Powiatów Polskich zadała pewne pytania o ryczałt, o wysokości ryczałtu, o sposobie ustalania, na które odpowie, jak myślę, pan prezes Szulc, ale to są rzeczy niezmiennające się od kilku lat. Natomiast odnośnie do ustawy o podwyżkach, to można powiedzieć, że ta ustawa ma wiele wad. Rzeczywiście nawiązuje do tej średniej, która nie do końca odpowiada temu, co się dzieje w ochronie zdrowia. To znaczy, nie można wybierać pewnej części gospodarki, chociaż trzeba też sobie powiedzieć, że to nie jest tak, że najpierw są dokonywane podwyżki w ochronie zdrowia, a dopiero potem reszta gospodarki te podwyżki ma. Być może generalnie należy się zastanowić nad tym, jak tę ustawę zreformować. Na ten temat niewątpliwie toczony są rozmowy, co wymaga oczywiście zgody ponadpolitycznej, aby doprowadzić do sytuacji zmiany tej ustawy. Myślę, że takie prace w najbliższych tygodniach i miesiącach będą się toczyć.

Dziękuję bardzo. Oddaję głos panu prezesowi i pani dyrektor.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Panie ministrze, minutę. To ja oddaję głos.

Sekretarz stanu w MZ Wojciech Konieczny:

Pani przewodnicząca, występuję w imieniu ministerstwa i wskazuję osoby, które w imieniu ministerstwa odpowiadają na pytania, aczkolwiek oczywiście możemy zakończyć odpowiadanie.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dalej mówię, że to ja udzielam głosu i to ja mówię, kiedy zakończymy, a kiedy nie, Natomiast bardzo panu dziękuję za bardzo wyczerpującą odpowiedź. W tej chwili poprosimy pana prezesa Szulca, który dopowie na to, czego pan minister nie dopowiedział. Dziękuję.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, ja tylko kilka słów tytułem uzupełnienia, ale przede wszystkim chciałbym podziękować panu posłowi Pietrykowskiemu za to pytanie, które zadał, ponieważ ono jest szczególnie istotne.

Cały czas mówimy o tym, że mamy kwoty zobowiązań za świadczenia, które zostały wykonane, a nie zostały opłacone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, natomiast nigdy w zasadzie nie mówimy o tym, że NFZ na bieżąco realizuje wszystkie swoje zobowiązania, które wynikają z zawartych umów ze świadczeniodawcami w pełnej wysokości. To znaczy, że w każdym momencie wykonywania świadczeń i realizacji umów termin płatności, po sprawozdaniu świadczenia i wystawieniu faktury przez świadczeniodawcę, to jest 5 dni. W ciągu 5 dni od wystawienia faktury NFZ, jeżeli oczywiście to świadczenie zostało wykonane w ramach umowy, którą świadczeniodawca ma zawartą z NFZ-em, ta umowa jest realizowana i w zasadzie ciężko jest znaleźć na rynku takiego płatnika, który realizowałby swoje zobowiązania z taką skrupulatnością i z taką uważnością. My staramy się doprowadzić do tego, żeby wszystko to, co jest zobowiązaniem funduszu, co wynika z przepisów, było realizowane w jak najszybszych terminach, bez zbędnej zwłoki i do tej pory tak jest realizowane.

Natomiast jeśli chodzi o to, jaka kwota świadczeń, które są wykonywane przez świadczeniodawców, to są zobowiązania, na które nie ma pokrycia w zawartych umowach – niekoniecznie nie ma pokrycia w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, ale nie ma pokrycia w zawartych umowach, a więc świadczenia ponadlimitowe – czy to świadczenia ponadlimitowe, te, które są w tak zwanych nie limitach, czy te świadczenia ponadlimitowe, które są zawarte w tak zwanych zobowiązaniach limitowanych, to na koniec 2024 r. świadczenia ponadlimitowe ze świadczeń limitowanych, które były realizowane, czyli opłacone w ciągu roku w niewielkim odsetku, w niewielkiej części, nominalnie opiewały na kwotę około 4 mld zł. Czyli 4 mld z około 200 mld, które są w planie finansowym NFZ.

Świadczenia ponadlimitowe w nie limitach, to jest 3 do 3,5 mld zł kwartalnie, a więc 12 do 14 mld zł w skali roku, czyli 6% planu finansowego. Musimy jednak pamiętać o tym, że do świadczeń nie limitowych, do nadwykonań nie limitowych mamy także niedowwykonania. Mamy więc też niewykonane świadczenia, które odnośnie do zasady są warte około 50% nadwykonań. Czyli, jeżeli mamy nadwykonania w kwocie 3,5 mld zł, to pewnie blisko 2 mld zł to są niedowwykonania, które odnośnie do zasady są bilansowane. To jest też odpowiedź, częściowo przynajmniej, na pytanie pana Wiśniewskiego.

Jeżelibyśmy chcieli policzyć, w jakich środkach Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga uzupełnienia, to mamy 3 do 3,5 mld zł, jeśli chodzi o nadwykonania nie limitowe zbilansowane o 2 mld zł niedowwykonań plus leki w programach lekowych, czyli około 1 mld do 1,2 mld zł kwartalnie. Tak te wartości wyglądają, ale to w dalszym ciągu są kwoty, które są daleko poniżej 10% nominalnej wartości świadczeń, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia.

Oczywiście, tak jak mówi pani mecenas Skóbel, tak, część świadczeniodawców ma problem z realizacją bieżących zobowiązań, a więc pojawiają się zatory płatnicze po stronie świadczeniodawców. Tylko też trzeba popatrzeć, jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o stosunek płatności z Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli umów z NFZ do wynagrodzeń, które są realizowane przez tych świadczeniodawców.

I znowu, my bardzo często mówimy o ustawie o minimalnym wynagrodzeniu, Tak, ta ustawa – o czym powiedziałem na samym początku, w swojej pierwszej wypowiedzi – jeżeli nie zostanie w jakikolwiek sposób zmieniona, będzie wymagała istotnego zwiększenia finansowania poza składkowego planu finansowego NFZ-u.

Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że ta ustawa nie reguluje tego, co bardzo często, niezależnie czy poprawnie, czy nie, nazywamy kominami płacowymi, czyli jednostkowymi bardzo wysokimi wynagrodzeniami w poszczególnych dziedzinach medycyny, u poszczególnych specjalistów, czy w poszczególnych placówkach. Natomiast to już jest zdecydowanie kompetencja dyrektora tej placówki, kierownika tej jednostki.

Oczywiście gdyby sprawy były tak proste, byłoby to bardzo proste i byśmy to sobie porozwiązali bardzo szybko. Na to nakłada się niedobór profesjonalistów medycznych, których mamy na rynku. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że my cały czas rozmawiamy o leczeniu szpitalnym, podczas gdy powinniśmy pracować usilnie nad tym, żeby wykonywać jak najwięcej świadczeń poza leczeniem szpitalnym, a w leczeniu szpitalnym jak najmniej.

Mamy całą masę przypadków – odpowiadając częściowo na pytanie pani przewodniczącej Tomczak – że świadczenia, które mogłyby być wykonywane w trybie ambulatoryjnym albo w trybie hospitalizacji jednodniowej, albo hospitalizacji planowej, są wykonywane w trybie pełnej hospitalizacji, co jest świadczeniem dużo droższym i nierzadko dużo bardziej obciążającym również dla pacjenta. To mimo sytuacji takiej, że od 2021 r., jeżeli sobie dobrze przypominam, mamy w pełni nielimitowane świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a tutaj kolejki do specjalisty w dalszym ciągu rosną i jednocześnie nie ma tego przepływu pomiędzy świadczeniami w leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Proszę jednak zwrócić uwagę na jedną rzecz, że taka zmiana, to znaczy zmiana paradygmatu, z myślenia, że tylko szpital leczy, będzie powodowała również to, że szpitale będą wykonywały mniej świadczeń niż wykonują dzisiaj. A jeżeli będą wykonywały mniej świadczeń, no to również finansowanie czy też obciążenie płatnika czy jakiegokolwiek innej instytucji, która jest zobowiązana do realizacji płatności za te świadczenia, będzie mniejsze.

Pani mecenas Skóbel pytała także, co zrobić w sytuacji, kiedy mamy niepewność związaną z tym, jaką ilość środków otrzymają świadczeniodawcy w ramach ryczałtu PSZ. To ja bym odwrócił trochę to pytanie. Jeżeli świadczeniodawca wykona ryczałt w 90%, to ile dostanie płatności od Narodowego Funduszu Zdrowia. 100%. Prawda? To znaczy ryczałt jest specjalnym mechanizmem, który dokładnie został pomyślany w taki sposób, żeby niezależnie od tego, czy świadczeniodawca wykona 98% – to jest ta cezura, poniżej której nie traci w kolejnym roku – czy 102% wartości ryczałtu, otrzymał tę samą płatność.

Jeżeli my mówimy w tym momencie o nadwykonaniach w ryczałcie, to ja przepraszam bardzo, ale z mojej perspektywy nie mówimy o niczym, co powinno być jakimkolwiek zobowiązaniem narodowego płatnika. Oczywiście powinniśmy dyskutować o tym, jak ten ryczałt powinien wyglądać, natomiast niekoniecznie powinniśmy dyskutować o tym, czy szpital powinien dostać pieniądze, jeżeli wykonał 103% wartości ryczałtu i w jakiej wysokości, bo pani mówiła o tym, że zapłaciliśmy 27% wartości nadwykonań w ryczałcie. Nie powinniśmy, w moim przekonaniu, zapłacić ani złotówki.

Pani przewodnicząca Tomczak pytała także o to, czy prowadzimy analizy dotyczące wykonania świadczeń. Oczywiście, że je prowadzimy i oczywiście, że staramy się dostosowywać umowy do wartości wykonywanych świadczeń. Natomiast tutaj zwróciłbym uwagę na jeszcze jeden aspekt. Jednym aspektem jest to, że niezależnie od tego, czy Narodowy Fundusz Zdrowia ma odpowiednią sytuację płynnościową do tego, żeby realizować płatności na bieżąco – i to, co powiedziałem na samym początku – oczywiście realizuje swoje płatności na bieżąco. To jest jakby jeden aspekt możliwości płatnika.

Drugim aspektem jest wysokość planu finansowego poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ nie ma prawa podjąć zobowiązania finansowego, które przekracza o jakąkolwiek kwotę wartość planu. Czyli, jeżeli w planie jest 1 mln zł, nie mogę wydać 1 mln zł i 1 gr, bo to skutkuje naruszeniem dyscypliny finansów publicznych. Tutaj mamy absolutnie ścisłe i jednoznaczne rygory.

Dodatkowym aspektem tej sytuacji jest fakt, że mamy również wynikający z ustawy o świadczeniach algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ. Jeżeli pamięć mnie nie myli, ostatnia jego zmiana to jest rok 2010, a więc 15 lat temu. On dzieli środki pomiędzy województwa, przy czym dzieli je głównie patrząc na demografię, czy też w tym momencie na demografię, podczas gdy od 2010 r. wszedł nam ryczałt PSZ do systemu, weszła nam zdecydowanie większa liczba świadczeń nie limitowych niż mieliśmy w roku 2010. To skutkuje po prostu tym, że ten algorytm przestał być adekwatny do potrzeb, bo dzisiaj potrzeby poszczególnych oddziałów wojewódzkich zależą przede wszystkim od bazy klinicznej, a w mniejszym stopniu od demografii. Pani przewodnicząca mnie tutaj dopinguje, żebym skończył...

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Zaraz się zacznie drugie posiedzenie Komisji.

Zastępca prezesa NFZ Jakub Szulc:

To jeszcze tylko dwa zdania. Odpowiadając panu posłowi Kapinosowi, staramy się, żeby rozliczenie nadwykonań nie limitowych następowało jak najszybciej. Na chwilę obecną podsumowanie z drugiego kwartału mamy wykonane, natomiast jeszcze nie mamy dystrybucji tych środków pomiędzy oddziały wojewódzkie. Kwota zobowiązań nie limitowych na koniec lipca 2025 r. to 3,4 mld zł, 1,230 mld zł to leki w programach lekowych i chemioterapii i 2,136 mld zł to są niewykonania wykonane w tym samym okresie, a więc do końca lipca 2025 r.

Pani z fundacji Alivia pytała o świadczenia poza kartą DiLO. Jeżeli świadczenia onkologiczne są udzielone poza kartą DiLO, to znaczy, że świadczeniodawca nie spełnia warunków do tego, żeby te świadczenia były wykonywane w ramach karty DiLO. Nie spełnia warunków do tego, żeby one były uznane za świadczenia nie limitowe. Zatem ja nie mogę zapewnić, że takie świadczenia zostaną zrealizowane i opłacone przez płatnika w pierwszej kolejności, bo nie powinny być zapłacone w pierwszej kolejności, dlatego że karta DiLO wprowadzona w 2014 r. powoduje to, że zdecydowanie dopinguje świadczeniodawców do tego, żeby spełniać pewne rygory związane z udzielaniem świadczeń onkologicznych. Wtedy te świadczenia są udzielane nie limitowo. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. To na pewno jest na następną dyskusję. Te świadczenia nie limitowe i limitowe w ramach karty DiLO i poza kartą DiLO, to na pewno byłby następny dosyć ciekawy temat, bo powinny być pewne zmiany również w tych kartach DiLO. Myślę jednak, że to na następny raz.

Bardzo dziękuję. Bardzo ciekawa, na pewno wyczerpująca odpowiedź i myślę, że na tym zakończymy, jeżeli państwo pozwolicie, bo – tak jak mówię – to posiedzenie Komisji już się kończy. W związku z tym stwierdzam zakończenie omawiania problematyki, którą zgłosili posłowie składający wniosek w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu.

Zamykam posiedzenie Komisji i informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie wyłożony do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.