



Minister Zdrowia

DLF.050.11.2024.DP
Warszawa, 22 marca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 1831 Pana Wojciecha Króla, Posła na Sejm RP, z dnia 7 marca 2024 r. w sprawie sytuacji finansowej polskich szpitali, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Czy ministerstwo rozważa reformę systemu ochrony zdrowia w zakresie finansowania podmiotów leczniczych, w tym szpitali? Jeśli tak, na jakich założeniach oparte będą nowe regulacje prawne?

Na wstępie pragnę poinformować, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, systematycznie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, uwzględniając aktualne potrzeby.

Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosi ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Systematycznie odbywa się także aktualizacja wycen świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

W pierwotnym planie finansowym NFZ na rok 2024 zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 września 2023 r. w porównaniu do pierwotnego planu finansowego NFZ na rok 2023 zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 26 lipca 2022 r., wysokość środków zapisana

na koszty świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wynosi 157,56 mld zł i jest wyższa o 15,45%, tj. o 21,09 mld zł.

Ponadto ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1352), dalej „ustawa o wynagrodzeniach”, wprowadziła zmianę w ustawie o świadczeniach, poprzez dodanie art. 31ha, 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 AOTMiT w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń.

Podstawowym założeniem realizacji przepisów ustawy o wynagrodzeniach, jest ujęcie środków na wyższe wynagrodzenia w wycenie świadczeń medycznych, a nie, jak do 30 czerwca 2022 r., w odrębnym strumieniu środków, niezależnym od wykonania świadczeń dla pacjentów. Należy zaznaczyć, że wprowadzona forma przekazywania środków co prawda zapewnia możliwość elastycznego dysponowania dostępnymi środkami przez zarządzających podmiotami leczniczymi, jednak w przypadku szpitali realizujących świadczenia o niskiej wycenie, spowodowała narastanie zadłużenia.

AOTMiT w ramach prac związanych z przygotowaniem ww. raportu monitoruje i analizuje sytuację finansową podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym w szczególności szpitali z uwzględnieniem ich kategorii i poziomu w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednym z działań w tym zakresie są prowadzone przez AOTMiT analizy danych sprawozdawanych w Systemie Statystyki w Ochronie Zdrowia, na podstawie których w okresach kwartalnych monitorowana jest sytuacja finansowo-ekonomiczna podmiotów. Analizowane są przede wszystkim: struktura i dynamika zmian w zakresie przychodów oraz kosztów działalności z uwzględnieniem takich elementów jak: koszty osobowe (wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych), czy koszty zużycia materiałów i energii.

Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie należy wskazać na liczne działania podejmowane w ostatnim okresie w celu poprawy sytuacji finansowej szpitali działających w ramach systemu podstawowego

szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w wyniku których m.in. następował wzrost ceny za punkt w ryczałcie PSZ.

Ponadto informuję, że w planie taryfikacyjnym AOTMiT na 2024 r. zostały zapisane następujące zadania:

I. Leczenie szpitalne - świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 poz. 870 z późn. zm.)

1. Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby Naczyń.

2. Świadczenia rozliczane w ramach skali TISS-28 i TISS-28 dla dzieci.

3. Świadczenia gwarantowane o wysokim stopniu innowacyjności, rozliczane w ramach produktu: 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika.

II. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna - świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2022 poz. 2678 z późn. zm.)

1. Świadczenia w obszarze: Choroby naczyń.

III. Rehabilitacja lecznicza - świadczenia gwarantowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 265 z późn. zm.)

1. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych.

2. Świadczenia realizowane w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego.

3. Świadczenia realizowane w warunkach domowych.

IV. Inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Jednocześnie pragnę poinformować, że Minister Zdrowia pismem z dnia 15 lutego 2024 r. znak: DLF.7802.1.2024.KA zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w terminie do dnia 10 maja 2024 roku, dokonanie analizy oraz przygotowanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach.

Dodatkowo, na podstawie art. 31npkt 4b ustawy, zostało zlecone dokonanie wariantowych analiz:

- związanych ze wzrostem wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę;
- związanych z prognozą wskaźnika inflacji w latach 2024 - 2025 r.;

- uwzględniających symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- uwzględniających odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

Ponadto informuję, że minimalna wysokość środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia w relacji do PKB jest zdeterminowana ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aktualnie, w art. 131c ust. 1 ww. ustawy, ścieżka systemowego zwiększania poziomu nakładów na ochronę zdrowia w kolejnych latach została określona zgodnie z poniższym:

- 2024 r. – 6,20% PKB,
- 2025 r. – 6,50% PKB,
- 2026 r. – 6,80% PKB,

aż do osiągnięcia oczekiwanego poziomu 7% PKB w 2027 r.

Jednocześnie w celu poprawy sytuacji finansowej szpitali działających w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym szpitali powiatowych, w dniu 20 marca 2024 r. w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny został udostępniony projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1657).

Rozwiązania zaproponowane w niniejszym projekcie wprowadzają zapisy:

- 1) gwarantujące szpitalom, których poziom realizacji świadczeń w 2023 r. był niższy niż zakładany przy ustaleniu ryczału na ten rok., wypłatę dodatkowych środków zapewniających utrzymanie dotychczasowej wysokości ryczału PSZ, a jednocześnie zobowiązujące beneficjentów tego instrumentu do rozliczenia uzyskanych w ten sposób środków przez ich odpracowanie, a w przypadku nieosiągnięcia odpowiednich nadwykonań ryczału w 2024 r., przez zwrot nierozliczonych w ten sposób kwot;
- 2) umożliwiające wypłaty w 2024 r. specjalnych dodatków do ryczału PSZ świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy (2023 r.) wykazali tzw. nadwykonania tego ryczału. Dodatki będą wypłacane w wysokości 50% wypracowanych nadwykonań, jednak z jednoczesnym uwzględnieniem kwot dodatków wypłaconych w 2023 r., zgodnie z § 3b nowelizowanego rozporządzenia; podstawę ustalenia wysokości dodatku dla danego świadczeniodawcy stanowić będzie różnica między liczbą jednostek sprawozdawczych za 2023 r. a sumą liczby tych jednostek stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczału na 2023 r. i liczby jednostek odpowiadających kwotom uzyskanych w tym okresie na mocy ww. przepisu.

2. Czy ministerstwo planuje wprowadzić kompleksowy plan oddłużania szpitali?

Ministerstwo Zdrowia dostrzega potrzebę dokonania stosownych zmian w sektorze ochrony zdrowia. Działania w tym obszarze wymagają szerokiego i kompleksowego podejścia oraz powinny uwzględniać podejście systemowe. Identyfikacja działań i kierunków koniecznych do tworzenia optymalnych rozwiązań w podmiotach leczniczych o różnorodnej strukturze i sposobie funkcjonowania, wskazuje na złożoność prac oraz konieczność holistycznej oraz kompleksowej oceny i analizy. Dlatego też przygotowanie odpowiednich i skutecznych rozwiązań w zakresie poprawy sytuacji finansowej szpitali, w tym stosownych instrumentów będących odpowiedzią na problem narastającego na przestrzeni ostatnich lat zadłużenia, wymaga pogłębionych i szczegółowych prac analitycznych.

Skuteczność i trwałość procesów restrukturyzacyjnych jest wypadkową determinacji i zaangażowania jego uczestników zarówno na etapie projektowym, jak i realizacji oraz uzależnione są od wyboru optymalnych rozwiązań. Oddłużenie podmiotów leczniczych, wymaga więc globalnego działania i publicznego zaangażowania. Procesy naprawcze winny predysponować do działań na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa ekonomicznego podmiotów w perspektywie długiej, stanowiąc tym samym o konieczności działań trwałych, a nie tzw. „prostego oddłużenia”. Bowiem bez zmiany sposobu funkcjonowania podmiotów leczniczych efektywność wydatkowania przekazanych środków może być znikoma.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że aktualnie w Ministerstwie Zdrowia projektowane jest przeprowadzenie prac analitycznych, mających na celu opracowanie kompleksowych rozwiązań w tym przedmiocie.

Warto zaznaczyć, że kierunkowe działania i decyzje w przedmiocie ewentualnej restrukturyzacji podmiotów leczniczych będą tworzone w ramach wspólnego dialogu na rzecz ochrony zdrowia.

Odnosząc się ponadto do sytuacji finansowej szpitali powiatowych informuję, że kondycja ekonomiczno-finansowa tych podmiotów leczniczych jest zróżnicowana. W sektorze szpitalnym funkcjonują bowiem szpitale, które odnotowują pozytywne wyniki finansowe, zadłużenie ich jest na bezpiecznym poziomie, zachowują płynność finansową i terminowo regulują zobowiązania. Zaobserwowano także, iż występują szpitale mające problemy w zasadzie we wszystkich obszarach finansowych, czyli ich rentowność osiąga wartości ujemne, płynność finansowa jest zbyt niska, przez co występują przeterminowane zobowiązania, a stan zadłużenia w tych podmiotach jest bardzo wysoki. Poza tym, działają szpitale, które przeprowadziły procesy restrukturyzacyjne i odzyskały rentowność, jednakże ich funkcjonowanie utrudniają długi zaciągnięte w przeszłości.

Ponadto w grupie szpitali powiatowych obserwuje się podmioty lecznicze, w których sytuacja nie jest jeszcze bardzo trudna, ale ich sytuacja w najbliższych latach, z różnych powodów może się pogorszyć.

Dane statystyczne i analiza finansowa pokazują, że na kondycję szpitali powiatowych największy wpływ miała ustawa o wynagrodzeniach, zmuszająca szpitale do wprowadzenia od lipca 2022 roku podwyżek, których finansowanie przez NFZ okazało się w odniesieniu do części podmiotów niewystarczające.

W związku z powyższym, wskazane jest indywidualne podejście do oceny kondycji finansowej szpitali powiatowych.

Wiarygodny obraz sytuacji finansowej podmiotów leczniczych za 2023 rok, będą prezentować dane na koniec okresu sprawozdawczego i dopiero w oparciu o takie dane można formułować stosowne wnioski. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120 z późn. zm.), daje czas podmiotom leczniczym na sporządzenie sprawozdania finansowego za rok poprzedni do końca marca następnego roku, po czym następuje odpowiednio weryfikacja sprawozdań finansowych przez firmy audytorskie oraz ich zatwierdzenie.

3. Co jest przyczyną nieterminowych płatności z NFZ i w jaki sposób planuje się rozwiązać ten problem?

Poziom zabezpieczenia świadczeń wynika z możliwości finansowych Oddziału, uwarunkowanych planem finansowym OW NFZ oraz koniecznością zabezpieczenia dostępności do świadczeń we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń.

Natomiast możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową może być rozważana w konkretnej sytuacji, wynikającej m.in. z dysponowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowymi środkami finansowymi oraz po pełnym rozliczeniu umów zawartych na dany rok.

Ostateczne rozliczenie umów zostaje przeprowadzane w pierwszej kolejności poprzez dokonanie alokacji środków pomiędzy zakresami świadczeń w umowie świadczeniodawcy, a następnie poprzez finansowanie świadczeń ponadlimitowych z uwzględnieniem świadczeń wykonanych w zakresach priorytetowych w ramach dostępnych środków finansowych.

Finansowanie nadwykonań innych niż udzielone w stanach nagłych oraz świadczeń w zakresach innych niż nielimitowe stanowi wyjątek od obecnej ustawowej reguły i następuje w przypadku posiadania przez NFZ nadwyżki środków (tj. środków nie wydanych na sfinansowanie świadczeń w ramach limitów).

W nawiązaniu do powyższego pragnę zauważyć, że zgodnie z Zarządzeniem Nr 24/2024/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2024 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 rok zabezpieczone zostały środki finansowe w kwocie 2 237 597 tys. zł niezbędne na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w limitowanych i nielimitowanych zakresach

świadczeń. Zgodnie z informacją Narodowego Funduszu Zdrowia, środki te powinny trafić do placówek medycznych jeszcze w tym miesiącu.

4. Czy, w celu poprawienia sytuacji finansowej placówek leczniczych, rozważana jest możliwość odroczenia płatności oraz rozłożenia na raty bieżących składek względem ZUS?

Właściwym do odniesienia się w niniejszej kwestii jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Jednocześnie w załączeniu przekazuję kopię odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na przywołane w niniejszej interpelacji pismo Pana Michała Pierończyka, Prezydenta Miasta Ruda Śląska z dnia 24 stycznia 2024 r. udzielonej pismem z dnia 16 lutego 2024 r. znak: DLF.054.9.2024.DP.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik:

Pismo MZ z dnia 16 lutego 2024 r. znak: DLF.054.9.2024.DP