



Minister Zdrowia

DLF.054.9.2024.DP
Warszawa, 16 lutego 2024

Pan
Michał Pierończyk
Prezydent Miasta Ruda Śląska

Szanowny Panie Prezydencie,

w związku z Pana pismem z dnia 24 stycznia 2024 r. znak: PW.0232.3.2024 w sprawie podjęcia działań, które przyczynią się do zmiany i poprawy sytuacji finansowej szpitali, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

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 zapewnia możliwość elastycznego dysponowania dostępnymi środkami przez zarządzających podmiotami leczniczymi, umożliwiając tym samym efektywne funkcjonowanie podmiotu.

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.

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.

Odnosząc się do **kwestii oddłużenia szpitali**, pragnę uprzejmie poinformować, że przeprowadzenie kompletnych procesów restrukturyzacyjnych mających na celu wzrost efektywności w różnych obszarach funkcjonowania podmiotów leczniczych jest działaniem długoterminowym, wymagającym tworzenia i realizacji procesów o wartości dodanej dla

wszystkich uczestników tychże inicjatyw, co związane jest z rozległością procesów naprawy oraz systematycznymi i długofalowymi działaniami w tym zakresie.

Jednocześnie 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”. Albowiem bez zmiany sposobu funkcjonowania podmiotów leczniczych efektywność wydatkowania przekazanych środków może być znikoma.

Warto zaznaczyć, iż kierunkowe działania i decyzje w przedmiocie restrukturyzacji podmiotów leczniczych będą tworzone w ramach wspólnego dialogu na rzecz ochrony zdrowia. Dlatego też szczególnie istotnym będzie, w ramach prowadzonych przez resort konsultacji, poznanie perspektywy zainteresowanych stron, w stosunku do przedstawionego kształtu i kierunku projektowanych rozwiązań.

Mając na uwadze powyższe, uprzejmie informuję, iż aktualnie w Ministerstwie Zdrowia projektowane jest przeprowadzenie prac analitycznych mających na celu opracowanie kompleksowych i systemowych rozwiązań w zakresie restrukturyzacji podmiotów leczniczych. Wypracowane koncepcje stanowiąc będą podstawę dalszych działań zmierzających do realizacji wytyczonych celów, które będą odpowiadały realnym i rzeczywistym potrzebom w tym zakresie.

W odniesieniu do **postulatu zapewnienia refundacji 100% wartości świadczeń wykonanych ponad limit, w tym również w ryczałcie PSZ oraz wprowadzenie zapisów gwarantujących zapłatę za wszystkie zrealizowane świadczenia niezależnie od poziomu finansowania**, uprzejmie informuję, że 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.

Ponadto pragnę wskazać, że w ujęciu formalno-prawnym pojęcie nadwykonań nie istnieje przy rozliczaniu świadczeń udzielonych w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia (PSZ), natomiast NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej do wysokości limitów określonych w umowach PSZ. Ryczałt z natury rzeczy stanowi zapłatę z tytułu zapewnienia przez

świadczeniodawcę pełnej gotowości do udzielania świadczeń, zgodnie z posiadanymi zasobami technicznymi i kadrowymi, przez cały okres objęty ryczałtem (okres rozliczeniowy). W przypadku wykonania w danym okresie rozliczeniowym świadczeń o większej wartości niż w okresie poprzedzającym, taki wzrost aktywności ma wpływ na wysokość ryczałtu ustalonego na kolejny okres rozliczeniowy.

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).

Natomiast w nawiązaniu do **postulatu zawieszenia spłaty przez podmioty lecznicze zaległych zobowiązań wobec ZUS**, informuję, że właściwym do odniesienia się w niniejszej kwestii jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Odnosząc się natomiast do **sytuacji finansowej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej**, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ poinformował, że aktualnie analizuje możliwości sfinansowania tzw. „nadwykonań kontraktu” za rok 2023. Zgodnie z art. 132c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022 r., poz. 2561 z późn.zm.) oraz zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 69/2021/DEF z dnia 14 kwietnia 2021 r. *w sprawie szczegółowych warunków umów o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania*, świadczeniodawca poprzez system teleinformatyczny będzie mógł złożyć po 14 lutego 2024 r. „Wniosek o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zrealizowane w zakończonym okresie rozliczeniowym”, który może być sfinansowany w ramach planu finansowego Śląskiego OW NFZ na rok 2024.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Michał Dziągielewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/