



DLF.050.56.2024.DP  
Warszawa, 17 października 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w związku z interpelacją nr 5117 Pana Michała Wosia, Posła na Sejm RP wraz z grupą posłów, z dnia 9 października 2024 r. w sprawie dramatycznej sytuacji finansowej szpitali powiatowych, braku płatności za nadwykonania i świadczenia nielimitowane oraz groźby zapaści systemu ochrony zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

**1. Kiedy Ministerstwo Zdrowia zamierza uregulować płatności za nadwykonania za drugi i trzeci kwartał 2024 roku, które nadal pozostają nieopłacone, a ich wartość sięga miliardów złotych?** oraz

**4. Jakie są plany wprowadzenia nowych mechanizmów wspierających finansowanie bieżących świadczeń zdrowotnych, w tym programów lekowych, które są niezbędne dla pacjentów z poważnymi chorobami?** oraz

**6. Czy szpitale mają gwarancję wypłaty środków w kolejnych kwartałach za świadczenia nielimitowane?** oraz

**7. Czy szpitale mają gwarancję wypłaty środków w kolejnych kwartałach za nadwykonania, czy też prawdą jest, że MZ za pośrednictwem NFZ poinformowało o braku finansowania nadwykonań?**

Na wstępie pragnę zaznaczyć, że zgodnie z art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.) Narodowy Fundusz Zdrowia należy do jednostek sektora finansów publicznych i w związku z powyższym wartość finansowanych w danym roku przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeteminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z

uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2024 został sporządzony zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisami wydanymi na podstawie delegacji w niej zawartych i w dniu 29 września 2023 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

Ujęte w zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ wynosiły 166 168 207 tys. zł. W wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ zostały zwiększone łącznie o 21 165 577 tys. zł do poziomu 187 333 784 tys. zł.

Finansowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.), zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Ponadto, zgodnie z treścią przepisu art. 132 ust. 1 ww. ustawy podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c. Zgodnie z treścią przepisu art. 136 ust. 1 pkt 5 te same ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy zawartej dobrowolnie przez świadczeniodawcę.

W zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne

wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dokonane w 2024 r. zwiększenie planowanych kosztów realizacji zadań NFZ, w tym m.in. zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 2 694 650 tys. zł ze zwiększenia dotacji podmiotowej z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy o świadczeniach, umożliwiło oddziałom wojewódzkim NFZ sfinansowanie nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za I i II kw. 2024 r.

Mając na uwadze sposób dokonywania rozliczeń za świadczenia udzielone w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określony w przepisach § 23 ust. 3 oraz § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz postanowienia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określające sposób dokonywania rozliczeń za świadczenia udzielone ponad limit umowy w nielimitowanych zakresach świadczeń aktualnie w oddziałach wojewódzkich NFZ prowadzone są prace mające na celu weryfikację możliwości rozliczenia nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za III kw. 2024 r. w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Natomiast weryfikacja możliwości rozliczenia w ramach posiadanych środków w planach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za IV kw. 2024 r. zostanie przeprowadzona po sprawozdaniu przez świadczeniodawców przedmiotowych świadczeń udzielonych w IV kw. 2024 r.

Rozliczanie nadwykonań w limitowanych zakresach świadczeń w trakcie 2024 r. dokonywane jest przez oddziały wojewódzkie NFZ w ramach środków zaangażowanych w umowy o działanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez alokację środków z zakresów świadczeń, których odnotowano niewykonania do zakresów świadczeń w których odnotowano nadwykonania. Ostateczne rozliczenie świadczeń udzielonych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2024 r. będzie zrealizowane w terminie określonym w przepisie §27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. w terminie do 45 dni od dnia upływu okresu rozliczeniowego.

Jednocześnie pragnę zapewnić, że jeśli nastąpi konieczność zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia może skorzystać z instrumentu już istniejącego, jakim jest wsparcie z budżetu państwa dla NFZ na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o którym 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.

**2. Jakie kroki zostaną podjęte w celu ratowania szpitali powiatowych, które są na skraju bankructwa z powodu zadłużenia sięgającego 7,213 mld zł, oraz jakie środki finansowe zostaną przeznaczone na natychmiastową pomoc tym placówkom?**

Zgodnie z danymi przekazanymi przez podmioty lecznicze w ramach Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia (SSOZ), zobowiązania ogółem szpitali prowadzonych w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), dla których podmiotem tworzącym jest powiat lub miasto na prawach powiatu, według stanu na 31 grudnia 2015 r. osiągnęły wartość 3 527,3 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne (czyli takie, które nie zostały uregulowane pomimo upływu terminu płatności), to 522,7 mln zł. Analogicznie na koniec 2023 r. zobowiązania ogółem szpitali powiatowych wyniosły 7 307,3 mln zł, co stanowi ponad 2-krotny wzrost ich wartości, zaś zobowiązania wymagalne stanowiły 852,8 mln zł.

Jednocześnie uprzejmie wyjaśniam, iż według stanu na dzień 31 marca 2024 r. w ponad 45% szpitali powiatowych, zobowiązania wymagalne nie występowały lub ich wartość nie była istotna, tzn. niższa niż 1% wartości zobowiązań ogółem. Dane te wskazują, iż sytuacja szpitali jest zróżnicowana, a zjawisko braku terminowych płatności dotyczy nieco ponad połowy podmiotów. Warto podkreślić, iż w sektorze szpitalnym obserwuje się istotne różnice pomiędzy podmiotami leczniczymi dotyczące sposobu funkcjonowania, skali prowadzonej działalności oraz efektywności zarządzania co może wpływać na wyniki finansowe szpitali, wysokość zadłużenia, ich elastyczność względem obowiązującej sytuacji gospodarczej oraz tempo rozwoju. Ponadto, istnienie zobowiązań w podmiotach leczniczych może być też pochodną prowadzonych inwestycji czy też działań ukierunkowanych na rzecz wzmocnienia potencjału podmiotów leczniczych. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż zasadnym jest, aby zadłużenie w tych podmiotach było na bezpiecznym poziomie, czyli zdolność do terminowego regulowania zobowiązań powinna być zachowana.

Minister Zdrowia dostrzegając wskazane wyżej problemy sektora szpitalnictwa, w tym, w szczególności sytuację finansową szpitali powiatowych, powołała zarządzeniem z dnia 9 maja 2024 r. Zespół do spraw zmian systemowych w ochronie zdrowia, którego celem jest wypracowanie odpowiednich zmian i rozwiązań w systemie ochrony zdrowia.

Jednocześnie pragnę podkreślić, 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, w tym szpitali powiatowych. Poza działaniami opisanymi w odpowiedziach na pozostałe pytania zadane w interpelacji, w 2024 roku podjęto następujące działania.

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. Wykorzystując powyższe środki, zgodnie z informacją Centrali NFZ, dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ rozliczyli i sfinansowali świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w 2023 r. ponad limit umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości 3 mld złotych, z przeznaczeniem na konkretne obszary świadczeń:

- leczenie onkologiczne i diagnostykę onkologiczną dzieci i dorosłych;
- psychiatrię dziecięcą;
- leczenie i diagnostykę chorób rzadkich dzieci.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotował na zlecenie Ministra Zdrowia rekomendację Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższa rekomendacja Prezesa AOTMiT po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia w dniu 13 czerwca 2024 r. została opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT.

Należy podkreślić, że Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji najkorzystniejszy dla świadczeniodawców wariant ww. rekomendacji, uwzględniający we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy 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. z 2022 r., poz. 2139) oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu oraz zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ i liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie.

W efekcie powyższego procesu, zgodnie z danymi przekazanymi przez Centralę NFZ, aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półroczu 2024 r. o 7 856 969 981,23 zł tj. o 10,71%.

Decyzją Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń:

1) pierwsza transza środków na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. w kwocie **1 246 mln zł** została przeznaczona na zwiększenie kosztów świadczeń w oddziałach wojewódzkich NFZ w celu sfinansowania nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za I kw. 2024 r.;

2) w dniu 13 września 2024 r., do NFZ zostały przekazane zwiększone środki w łącznej wysokości **1 648,65 mln zł**, które zostały przeznaczone na sfinansowanie nadwykonań za I półroczu 2024 r. w zakresach nielimitowanych.

**3. W jaki sposób Ministerstwo planuje przeciwdziałać dalszemu zamykaniu oddziałów, szczególnie w regionach wiejskich i małych miastach, gdzie zamknięcia porodówek i oddziałów chirurgicznych prowadzą do dramatycznego ograniczenia dostępu do podstawowej opieki medycznej?** oraz

**5. Czy Ministerstwo planuje zatrzymać działania mające na celu zamykanie oddziałów położniczych, szczególnie w regionach wiejskich i mniejszych miastach, gdzie zamknięcie porodówki oznacza konieczność pokonywania znacznych odległości przez kobiety w ciąży?**

Powołana liczba 400 porodów rocznie została przytoczona w uzasadnieniu procedowanego projektu ustawy, dot. zmian w szpitalnictwie, w części przedstawiającej dane liczbowe obrazujące pewne tendencje zachodzące w ostatnich latach w zakresie struktury świadczeń udzielanych w PSZ.

Szczegółowe kryteria kwalifikacji do tzw. sieci szpitali w nowym kształcie, w odniesieniu do oddziałów zabiegowych i położniczych, znajdują się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Opracowanie projektu tego aktu wykonawczego zostanie poprzedzone stosownymi analizami, mającymi na celu wypracowanie optymalnego rozwiązania odnośnie minimalnego akceptowalnego obciążenia oddziału położniczego, z uwzględnieniem rozmieszczenia takich oddziałów na terenie kraju i poszczególnych obszarów zabezpieczenia świadczeń.

Ponadto w toku konsultacji publicznych omawianego projektu wprowadzono, w odniesieniu do kwalifikacji oddziałów położniczych, dodatkową przesłankę o charakterze geograficznym. W celu uniknięcia sytuacji, w której w wyniku kwalifikacji do sieci wyłącznie oddziałów położniczych spełniających sztywno wyznaczone kryterium minimalnej liczby porodów doszłoby do sytuacji, w której na określonych obszarach odległość do najbliższego takiego oddziału przekroczyłaby określoną wartość, wprowadzono możliwość zastosowania nadzwyczajnego, uzupełniającego trybu kwalifikacji oddziałów położniczych, przy spełnieniu obniżonego progu dotyczącego liczby przyjętych porodów.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Jerzy Szafranowicz  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/