



DLF.050.70.2024.KK  
Warszawa, 02 grudnia 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w związku z interpelacją nr 5724 z dnia 29 października 2024 r. Pani Poseł Urszuli Paślawskiej w sprawie podjęcia działań dotyczących przedłużenia terminu spłaty zobowiązań finansowych szpitali wobec Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

**1. Czy Ministerstwo Zdrowia podjęło działania w celu przedłużenia terminu spłaty zobowiązań szpitali wynikających z rozporządzenia z dnia 4 grudnia 2023 roku?**

**2. Czy możliwe jest wydłużenie terminu do końca grudnia 2025 roku?**

Obecnie prowadzone są prace legislacyjne, mające na celu wydłużenie okresu rozliczania świadczeń dla wszystkich świadczeniodawców realizujących umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia do 31 grudnia 2025 r. Rozliczenie środków wypłaconych świadczeniodawcom w formie tzw. „1/12” będzie mogło nastąpić w kolejnych okresach rozliczeniowych, następujących po 31 grudnia 2024 r. Rozliczanie będzie mogło nastąpić również w ramach kolejnych umów zawartych przez danego świadczeniodawcę z Funduszem, a nie tylko w ramach umowy, z którą wiązało się wypłacanie zaliczek.

**3. Jakie mechanizmy wsparcia finansowego zadłużonych szpitali i innych podmiotów leczniczych będą wprowadzone w 2025 roku?**

**4. W jaki sposób resort planuje wesprzeć szpitale psychiatryczne, które są w szczególnie trudnej sytuacji? Czy przewidziane są specjalne programy wsparcia dla tego typu placówek?**

Na wstępie należy wskazać, że finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

– art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ;

– § 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 NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

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

Zgodnie z zapewnieniami NFZ, 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 oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające między innymi 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 i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowaniem większej liczby świadczeń i opłaceniem tzw. nadwykonoń.

Ponadto 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. 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 **2,2 mld 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.

Należy również wskazać, że Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości **3 mld złotych**. Fundusze pozyskane po sprzedaży tych obligacji skarbowych zostaną przeznaczone na konkretne obszary świadczeń, m.in.:

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

Jednocześnie decyzją Minister Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń - łączne zwiększenie środków przeznaczonych na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. wyniosło dotychczas blisko **4 mld zł**.

Ponadto zidentyfikowane w części 83 - Rezerwy celowe naturalne oszczędności powstałe w związku z upływem ustawowego terminu ich podziału, pozwoliły na przekierowanie tych środków do części 46 - Zdrowie i zwiększenie planu wydatków w tej części o **1,2 mld zł** z przeznaczeniem na dotację podmiotową dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto pragnę wskazać, że aktualnie procedowany projekt *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* m.in. uszczegóławia przepisy dot. programów naprawczych, które dotyczą zarówno SPZOZ jak i podmiotów w formie spółek. Sporządzenie programu poprzedzą analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Program ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych. Program naprawczy będzie zawierał m.in:

- 1) wyniki analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania szpitalem, analizy ekonomiczne, analizy jakościowe, analizy operacyjne, analizę działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych podmiotu;
- 2) ocenę podmiotu w zakresie dostosowania jego działalności do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, a w przypadku, gdy działalność podmiotu jest niedostosowana do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych także planowane działania dostosowawcze;
- 3) propozycje oraz zakres współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w tym w przedmiocie koncentracji zasobów ludzkich, infrastruktury oraz współpracy w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych i połączenia medycznych innymi podmiotami leczniczymi, jeżeli jest przewidywana;
- 4) planowane przez podmiot działania mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;

- 5) planowane przez podmiot działania mające na celu poprawę efektywności zarządzania w szczególności działania służące podniesieniu wiedzy i kompetencji jego kadry zarządzającej z zakresu zarządzania, procesów naprawczych i procesów restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych;
- 6) planowane do wdrożenia działania optymalizacyjne mające na celu poprawę sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu oraz prognozy przychodowe;
- 7) wskaźniki rezultatu dotyczące działań określonych w pkt. 3–6.

Doszczegółowienie procesu przygotowywania programu naprawczego oraz enumeratywne wskazanie poszczególnych obligatoryjnych jego elementów, jak również sformalizowanie procedury opiniowania i zatwierdzania spowoduje, że programy te będą przygotowywane w sposób rzetelny, poprzedzony szeroką wszechstronną analizą w zakresie efektywności funkcjonowania i zarządzania, a także ekonomiczną, jakościową, operacyjną, działalności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Analogiczne zasady dotyczące obowiązku sporządzenia programu naprawczego przewidziano również dla podmiotu leczniczego prowadzonego w formie spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego spółki, a w przypadku prostej spółki akcyjnej liczba akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % ogólnej liczby akcji tej spółki, oraz gdy Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo walnym zgromadzeniu. Z uwagi na to, że projektowane przepisy dotyczą wyłącznie straty netto nie ma tutaj kolizji z innymi instrumentami prawnymi, które dotyczą zagrożenia niewypłacalnością ww. spółki kapitałowej albo niewypłacalności tej spółki. Upadłość ogłasza się bowiem w stosunku do dłużnika, który stał się niewypłacalny, a postępowanie restrukturyzacyjne może być prowadzone wobec dłużnika niewypłacalnego lub zagrożonego niewypłacalnością. Proponowane zmiany w ustawie o działalności leczniczej służą realizacji kamienia milowego D1G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, w odniesieniu do zapisów: „restrukturyzacja sektora szpitali poprzez konsolidację” oraz: „wzmocnienie systemu – 34 – nadzoru nad szpitalami, wzmocnienie kadry zarządzającej oraz zachęcanie do stosowania nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w opiece zdrowotnej”.

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