



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Marek Michalak

Warszawa, 17 października 2012 roku

ZSS/500/ 24 /2012/EK

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

po raz kolejny pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na problem finansowania działalności specjalistycznych szpitali pediatrycznych w Polsce. Skłoniła mnie do tego analiza wystąpienia dr hab. med. Macieja Kowalczyka - Prezesa Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, w formie listu otwartego skierowana do osób odpowiedzialnych lub współodpowiedzialnych w kraju za poziom i dostępność do świadczeń medycznych dla dzieci.

Wystąpienie powyższe wskazuje, że w celu poprawy złego stanu kondycji finansowej dużych szpitali pediatrycznych konieczne jest dokonanie zmian systemowych, w tym podniesienie wartości wyceny procedur pediatrycznych, zapłaty szpitalom przez NFZ za tzw. nadwykonania, uwzględnienie kosztochłonnej odrębności funkcjonowania tych szpitali poprzez konieczność utrzymania stałej gotowości, do przyjęcia pacjentów.

Jestem świadomy, że zaproponowane zmiany wymagają dużych nakładów finansowych oraz przygotowania szeregu nowych rozwiązań prawnych. Jednak niepodjęcie działań w tym zakresie lub nadmierne ich odkładanie bądź zastępowanie doraźnymi rozwiązaniami, może przyczynić się do powstania trudnych do odwrócenia zmian, które odbiją się niekorzystnie na stanie zdrowia dzieci, a także paradoksalnie podniosą koszty kolejnego leczenia. Utrudniona dostępność dzieci do wysokospecjalistycznych pediatrycznych placówek medycznych, bądź opóźnione rozpoczęcie diagnozy i leczenia dziecka, zawsze będzie generowało w przyszłości bardzo wysokie koszty leczenia człowieka dorosłego.

Chciałbym jednocześnie wskazać, że w mojej opinii, konieczne jest podjęcie działań dotyczących funkcjonowania dużych szpitali pediatrycznych w sposób, który uwzględni w pierwszej kolejności realizację zadań priorytetowych, wskazanych przez konsultantów oraz zadań, które mogą być realizowane w dalszej kolejności. Przedłużający się stan niepewności finansowej dotyczącej funkcjonowania wysokospecjalistycznych placówek lecznictwa pediatrycznego, wiąże się także z utratą zaufania chorych dzieci i ich rodziców do osób odpowiedzialnych za zarządzanie i finansowanie służby zdrowia.

Działając na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.) zwracam się do Pana Ministra z prośbą o poinformowanie mnie o dotychczas podjętych działaniach, mających na celu uregulowanie problemu finansowania wysokospecjalistycznych placówek pediatrycznych oraz wskazanie, które z zadań z tego obszaru zostały uznane przez Pana Ministra za priorytetowe.

Z wyrazami szacunku
Michał Miśkiewicz



MINISTER ZDROWIA

Warszawa,

2012 -11- 0 6

MZ-UZ-ZR-71-29038-1/TK/12

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

Szanowny Panie Ministrze!

W odpowiedzi na pismo z dnia 17 października 2012 roku, w sprawie problemu finansowania działalności specjalistycznych szpitali pediatrycznych w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W Ministerstwie Zdrowia podejmowane są działania zmierzające do rozwiązania problemów finansowania działalności specjalistycznych szpitali pediatrycznych. Jako przykład podejmowanych działań posłużyć może powołany na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2012 roku zespół ekspertów działających w Instytucie – Pomnik „Centrum Zdrowia Dziecka”, którego zadaniem jest dokonanie oceny potrzeb oraz warunków reorganizacji zmierzającej do osiągnięcia poprawy sytuacji finansowej Instytutu.

Kolejnym przykładem jest powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw opracowania zmian w zakresie organizacji funkcjonowania NFZ w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Podstawowym zadaniem Zespołu jest wypracowanie rozwiązań umożliwiających oddzielenie funkcji płatnika świadczeń opieki zdrowotnej od funkcji regulacyjnych i nadzorczych.

Jednym z elementów reformy jest wyłączenie ze sfery aktywności płatnika tych obszarów regulacji rynku świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają ujednoczenia w obrębie całego systemu, takich jak taryfikacja świadczeń czy określanie kryteriów oceny ofert, które powierzone zostaną odrębnemu podmiotowi.

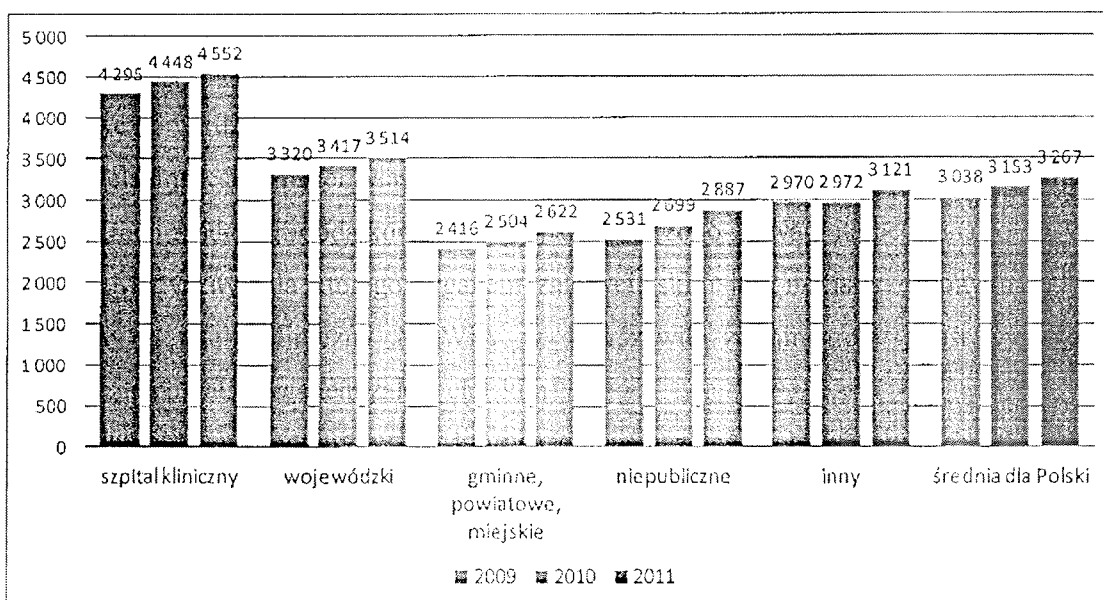
Tym samym wyrażam głębokie przekonanie, iż planowana do przeprowadzenia reforma systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przyniesie wymierne efekty służące

poprawie funkcjonowania specjalistycznych szpitali pediatrycznych jak również wszystkich pozostałych podmiotów leczniczych.

Odnosząc się do poruszonej w piśmie kwestii dotyczącej podniesienia wartości procedur pediatrycznych, uprzejmie informuję, iż w opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia możliwe jest wprowadzenie zmian w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów w kierunku tworzenia nowych grup dedykowanych do rozliczania hospitalizacji kosztochłonnych poprzez precyzyjne zdefiniowanie list rozpoznań współlistniejących lub innych parametrów stosowanych w systemach DRG (Diagnoses Related Groups), które wskazywałyby na ponoszenie przez szpital zwiększonych kosztów.

W opinii Funduszu konieczna jest również weryfikacja wartości punktowej istniejących grup poprzez pozyskiwanie jak najszerszej wiedzy o kosztach związanych z terapią pacjentów z danym problemem zdrowotnym. W tym celu, w dniu 8 września 2011 roku, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał komunikat, w którym określił procedurę zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów, w tym związanych z wyceną poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia dokonała weryfikacji najczęściej sprawozdawanych grup świadczeń przez dziecięce szpitale kliniczne a następnie wytypowane grupy świadczeń zostały przekazane do Pana Macieja Kowalczyka, Prezesa Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie z propozycją zweryfikowania ich wartości punktowej na podstawie danych kosztowych dotyczących reprezentatywnej liczby przypadków z więcej niż jednego podmiotu.

Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego niedoszacowania wysokości środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach wysokospecjalistycznych, w tym szpitalach dziecięcych, uprzejmie informuję, iż Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia dokonała analizy średniej wartości hospitalizacji w latach 2009-2012, w podziale na kategorie szpitali (gminne, powiatowe, miejskie, wojewódzkie, kliniczne, niepubliczne i resortowe: MON i MSWiA). Z analizy tej wynika, że średnia wartość hospitalizacji rośnie stopniowo w skali kraju w każdej z przyjętych kategorii szpitali a jej poziom jest najwyższy w grupie szpitali klinicznych, co wynika głównie ze struktury realizowanych świadczeń. W grupie tej średnia wartość hospitalizacji jest o 30% wyższa niż w grupie szpitali wojewódzkich i o 40% wyższa w stosunku do średniej dla całego kraju. Średnią wartość hospitalizacji w latach 2009-2011 w podziale na kategorie szpitali obrazuje poniższy wykres.



W kwestii dotyczącej tzw. nadwykonań pragnę poinformować, że zgodnie z przepisami art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 roku Nr 164 poz. 1027 z późn. zm), podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do wysokości limitów określonych umową. 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.

Powyższe wynika również z konstrukcji przepisów art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którymi plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Jednocześnie, zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, łączna suma zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

W kwestii dotyczącej uwzględnienia kosztochłonnej odrębności funkcjonowania szpitali pediatrycznych poprzez konieczność utrzymywania stałej gotowości, uprzejmie informuję, że

obowiązujący obecnie system JGP zakłada kalkulację kosztu jednostkowego świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniającą wszystkie koszty ponoszone przez dany podmiot leczniczy, również planowane koszty gotowości.

W tym miejscu należy również zwrócić uwagę na fakt, iż zgodnie ze stanowiskiem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, leczenie chorych dzieci niewątpliwie w wielu przypadkach generuje wysokie koszty ponoszone przez szpitale specjalizujące się leczeniem dzieci, przy czym do płatnika świadczeń sprawozdawane są również przez szpitale kliniczne krótkie, jednodniowe hospitalizacje. Wśród najkrótszych hospitalizacji w wysokospecjalistycznych szpitalach dziecięcych największy udział stanowi świadczenie: Hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej (8,70%), z rozpoznaniem: Z03.8 – Obserwacja w kierunku podejrzewanych innych chorób i stanów, Z51.8 – Inna określona opieka medyczna, Z87.8 – W wywiadzie inne określone stany. W przypadku procedur zabiegowych, dominującą procedurą medyczną według ICD-9 jest procedura medyczna: 99.999 – Pozostałe procedury – inne. Tym samym, jak wskazuje płatnik świadczeń, Fundusz nie jest zainteresowany płaceniem więcej za tego typu hospitalizacje tylko dlatego, że zostały wykonane w szpitalu klinicznym czy instytucie.

z powołaniem
z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Sławomir Neumann
Sławomir Neumann



MINISTER ZDROWIA

MZ-MD-L-073-3400-4/BK/12

Warszawa,

26. 11. 2012

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

W odpowiedzi na pismo znak: ZSS/500/24/EK dotyczące problemu finansowania działalności specjalistycznych szpitali pediatrycznych w Polsce uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

W ramach sprawowanego nadzoru nad instytucjami badawczymi oraz uczelniami medycznymi pełniącymi funkcję organów tworzących dla szpitali klinicznych Minister Zdrowia prowadzi stały monitoring sytuacji panującej w tych jednostkach. W przypadku, gdy występują nieprawidłowości w funkcjonowaniu ww. podmiotów podejmowane są działania określone prawem. W tym zakresie wskazać należy m. in. na fakt, że ze względu na szczególną rolę i pozycję wysokospecjalistycznej placówki pediatrycznej jaką jest Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, powołany został zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2012 r. Zespół roboczy, którego zadaniem jest dokonanie oceny potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” zmierzającej do osiągnięcia poprawy sytuacji finansowej Instytutu.

Szpitale kliniczne funkcjonują w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), dla których podmiotami tworzącymi są uczelnie medyczne. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) mogą być przekształcane (jak każdy SPZOZ) w spółki kapitałowe. Jednakże, w przeciwieństwie do innych spółek powstałych z ww. przekształcenia, w takiej spółce wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki. Udziały albo akcje w tych spółkach poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb państwa, jednostki

samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki Państwa.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła również mechanizmy wsparcia finansowego dla podmiotów tworzących (jednostek samorządu terytorialnego, uczelni medycznych itp.), które zdecydują się na przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową. W zależności od wartości wskaźnika zadłużenia podmiot tworzący dokonujący takiego przekształcenia przejmuje całość zobowiązań SPZOZ. Zgodnie z ustawą podmiot tworzący może wówczas ubiegać się o umorzenie zobowiązań publicznoprawnych (umorzeniu podlegają znane na dzień 31 grudnia 2009 r. zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od SPZOZ wraz z odsetkami) oraz dotację, którą przekazuje Minister Zdrowia na podstawie umowy. Warunkiem uzyskania przez podmiot tworzący dotacji jest wpisanie spółki kapitałowej powstałej z przekształcenia SPZOZ do rejestru przedsiębiorców nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r. a ponadto spełnienie przynajmniej jednego z wymienionych w ustawie warunków:

- 1) zawarciu ugody z wierzycielami z zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od SPZOZ, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich,
- 2) istnieniu w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w ustawie o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- 3) uiszczeniu przez podmiot tworzący podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu,
- 4) istnieniu w dniu przekształcenia zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej przez podmiot tworzący SPZOZ, zawartej przed dniem 31 grudnia 2009 r.,
- 5) spłacie przez podmiot tworzący z tytułu udzielonego poręczenia do dnia 2009 r.,
- 6) poniesieniu kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w posiadaniu SPZOZ, jeżeli mają być przekazane na własność spółce.

Natomiast w odniesieniu do instytutów ustawa o działalności leczniczej nie określa możliwości i sposobu ich przekształcania w spółki kapitałowe, bowiem kwestię problematyki przekształceń instytutów badawczych reguluje ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (DZ. U. Nr 96, poz. 618 z późn. zm.) a jedynie wprowadza mechanizm przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą, o czym stanowi art. 114 ustawy.

Informuję, iż w sprawie problemów finansowych wysokospecjalistycznych szpitali pediatrycznych wystąpiłem do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W odpowiedzi Prezes NFZ przekazała, że problem finansowania placówek wysokospecjalistycznych przedstawiony w otwartym liście Pana Macieja Kowalczyka – Prezesa Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych był podstawą do przeprowadzenia analizy, która obrazuje kształtowanie się średniej wartości hospitalizacji w podziale na poszczególne kategorie szpitali. Za główną miarę poziomu finansowania świadczeń przyjęto średnią wartość hospitalizacji. Na potrzeby analizy każdy ze świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne został zakwalifikowany do jednej z poniższych kategorii szpitali. Kategorie zostały określone wg. podmiotu leczniczego, które przedsiębiorstwem są szpitale:

- gminne, powiatowe, miejskie,
- wojewódzkie,
- szpitale kliniczne,
- niepubliczne,
- inne (jednostki resortowe MON i MSWiA).

Analiza średniej wartości hospitalizacji w latach 2009 – 2011 w podziale na kategorie szpitali wykazała, że średnia wartość hospitalizacji rośnie stopniowo w skali kraju w każdej z przyjętych kategorii szpitali.

Średnia wartość hospitalizacji dla szpitali klinicznych w roku 2009 wyniosła 4 295; w 2010 r. – 4 448; w roku 2011 – 4552.

Dla szpitali wojewódzkich średnia wartość hospitalizacji wyniosła w 2009 r. 3 320; w 2010 r. – 3 417; w 2011 r. – 3 514.

Dla szpitali gminnych, powiatowych, miejskich średnia wartość hospitalizacji wyniosła w 2009 r. – 2 416; w 2010 r. – 2504; w 2011 r. – 2 622.

Średnia wartość hospitalizacji dla całego kraju wyniosła w 2009 r. – 3038; w 2010 r. – 3 153; w 2011 r. – 3 267.

Przeprowadzona analiza pokazała różnicę pomiędzy poszczególnymi kategoriami, a przede wszystkim pomiędzy szpitalami klinicznymi, a pozostałymi kategoriami. Różnica w średniej wartości hospitalizacji pomiędzy szpitalami klinicznymi, a wojewódzkimi to ok. 30%, natomiast w stosunku do średniej dla całego kraju to ok. 40%. Wynika to głównie ze struktury realizowanych świadczeń, nie zaś stosowanego współczynnika, czy też innej ceny jednostkowej za punkt.

Ponadto NFZ zbadał, jak kształtuje się średnia wartość hospitalizacji w okresie od 2008 r. do VII 2012 r. w rodzaju leczenie szpitalne w wysokospecjalistycznych szpitalach

dziecięcych. Do analizy wybrano dziesięć szpitali o profilu dziecięcym, których listę zawiera tabela 1.

Tabela 1 – lista wysokospecjalistycznych szpitali dziecięcych wybranych do analizy.

Oddział NFZ	Świadczeniodawca - Nazwa	Świadczeniodawca - Adres	Świadczeniodawca - Miejscowość
05	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI	RZGOWSKA 281/289	ŁÓDŹ
05	SP ZOZ UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 4 IM. MARIII KONOPNICKIEJ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁÓDZI	SPORNA 36/50	ŁÓDŹ
03	DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM.PROF.A.GĘBALI W LUBLINIE	CHODŹKI 2	LUBLIN
07	INSTYTUT MATKI I DZIECKA	KASPRZAKA 17 A	WARSZAWA
07	SAMODZIELNY PUBLICZNY DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY	MARSZAŁKOWSKA 24	WARSZAWA-ŚRÓDMIEŚCIE
07	INSTYTUT "POMNIK - CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"	ALEJA DZIECI POLSKICH 20	MIĘDZYLESIE
10	UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU	WASZYNGTONA 17	BIAŁYSTOK
15	SZPITAL KLINICZNY IM. KAROLA JONSCHERA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU	SZPITALNA 27/33	POZNAŃ-JEŹYCE
06	UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE	WIELICKA 265	KRAKÓW
12	SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 6 ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH GÓRNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA DZIECKA	MEDYKÓW 16	KATOWICE

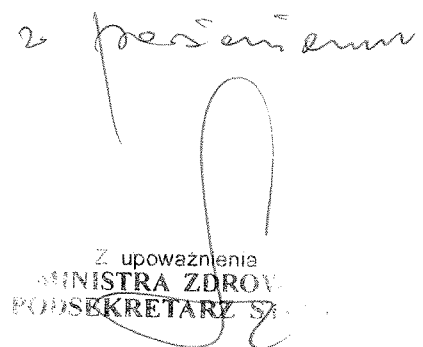
Średnia wartość hospitalizacji w roku 2008 wyniosła 2 862; w 2009 r. – 3 331; w 2010 r. – 3 388; w 2011 r. – 3 382; a w I-iej połowie 2012 r. – 3 438. Analiza danych wskazuje na znaczny wzrost średniej wartości hospitalizacji pomiędzy 2008 r. a 2009 r. we wszystkich wysokospecjalistycznych szpitalach dziecięcych (razem), a następnie jej stabilizację w latach 2010 – 2011 z lekką tendencją wzrostową.

Należy podkreślić, iż w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów wartości poszczególnych świadczeń oparte są na uśrednionych kosztach związanych z leczeniem całej grupy schorzeń charakteryzujących się podobnym zużyciem zasobów w skali całego kraju, więc nie pochodzących od jednego świadczeniodawcy albo będących wybranymi, skrajnymi przypadkami. Dlatego też w ocenie NFZ wszelkie zmiany w wycenie powinny być poprzedzone pozyskaniem jak najszerszej wiedzy o kosztach związanych z terapią pacjentów z danym problemem zdrowotnym. NFZ stoi na stanowisku, iż możliwa jest ewaluacja systemu JGP w kierunku tworzenia nowych grup dedykowanych do rozliczania hospitalizacji pacjentów szczególnie trudnych klinicznie, czyli kosztochłonnych, poprzez precyzyjne zdefiniowanie list rozpoznań współlistniejących lub innych parametrów stosowanych w systemach typu DRG (Diagnoses Related Groups), które wskazywałyby na ponoszenie przez szpital zwiększonych kosztów. Konieczna jest również weryfikacja wartości punktowej

istniejących grup poprzez pozyskiwanie jak najszerszej wiedzy o kosztach związanych z terapią pacjentów z danym problemem zdrowotnym.

Pragnę ponadto poinformować, iż Narodowy Fundusz Zdrowia jest w stałym kontakcie z przedstawicielami Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych i przekazał do wiadomości Pana Macieja Kowalczyka listę grup z propozycją zweryfikowania wartości punktowej, wybranych z nich na podstawie danych kosztowych dotyczących reprezentatywnej liczby przypadków z więcej niż jednego szpitala wysokospecjalistycznego.

z przesłaniem



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANOWISKA
Aleksander Sopliński