



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu
Waldemar Kraska

DLF.054.38.2023.DP
Warszawa, 26 lipca 2023

Pan
Andrzej Płonka
Prezes Zarządu
Związku Powiatów Polskich

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Pana pismem z dnia 26 czerwca 2023 r. znak: Or.A.0715/65/23, przekazującym w załączeniu m.in.: Apel Prezydentów Miast, Starostów, Członków zarządów powiatów, Dyrektorów i Prezesów szpitali powiatowych zgromadzonych na konferencji poświęconej prezentacji raportu „*Sytuacja finansowa szpitali powiatowych w świetle nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*” uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji w odniesieniu do kierowanych postulatów.

- **wprowadzenie ustawowego mechanizmu zobowiązującego Ministra Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia do uwzględnienia wzrostu cen towarów i usług w wycenie świadczeń opieki zdrowotnej**
- **wprowadzenie ustawowego obowiązku zmiany wyceny świadczeń, w związku z koniecznością realizacji przez podmioty lecznicze postanowień ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w terminie umożliwiającym zawarcie przez podmiot leczniczy porozumień z przedstawicielami załogi dotyczących podwyżek. Porozumienia takie powinny być zawierane do 31 maja, tymczasem na ten dzień osoby zarządzające podmiotami leczniczymi nie wiedzą jakimi środkami finansowymi będą dysponować**
- **pilne przeprowadzenie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, których koszt udzielania przewyższa wysokość wynagrodzenia otrzymywanego przez szpitale, a które są jednymi z najczęściej udzielanych pacjentom przez szpitale powiatowe i miejskie**

Na wstępie należy wskazać, że zgodnie z art. 31lb ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561, ze zm.), dalej „ustawa o świadczeniach”, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) określa taryfę świadczeń w danym zakresie lub rodzaju po dokonaniu przez AOTMiT analizy danych określonych w art. 31lc ust. 2 tejże ustawy lub na podstawie innych dostępnych danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń oraz publikuje ją, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT, po jej zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Zgodnie z art. 146 ust 6 ww. ustawy, określoną przez Prezesa AOTMiT taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania. Należy dodać, że 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.

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.

Mając na względzie powyższe, od maja 2022 roku AOTMiT dwukrotnie uzyskał zlecenie Ministra Zdrowia dotyczące dokonania analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym o wynagrodzeniach: w piśmie DL.7802.2.2022.MMI z dnia 29 czerwca 2022 roku oraz w piśmie MMI.7802.11.2023.MMIL z dnia 22 lutego 2023 roku.

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 formularzach MZ-BFA, 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.

W świetle powyższego należy wskazać, że dotychczas wypracowany mechanizm uwzględnia zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie MZ wraz z AOTMiT podejmował będzie działania nad dalszym usprawnieniem przedmiotowych mechanizmów, w ramach których analizowane będą także przedstawione postulaty.

- **zmiana zasad finansowania tzw. „nadwykonań”, tak żeby podmioty lecznicze nie kredytowały przez kilka miesięcy Narodowego Funduszu Zdrowia**

Zgodnie z przepisami art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia, 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 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.

Po ostatecznym rozliczeniu wszystkich umów zostaje przeprowadzana analiza dotycząca środków pozostających w dyspozycji OW NFZ oraz możliwości sfinansowania świadczeń ponadlimitowych w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. Ewentualne 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. Jednocześnie należy wskazać, że NFZ podejmuje działania celem jak najsprawniejszego wypłacania środków.

• ustalenie jasnych i znanych osobom zarządzającym szpitalami zasad finansowania tzw. „nadwykonań” w ryczałcie sieciowym – obecnie finansowe ryzyko udzielania takich świadczeń leży po stronie podmiotu leczniczego, co nie pozwala na wykorzystanie istniejącego potencjału podmiotów leczniczych

Na wstępie należy wskazać, że w ujęciu formalno-prawnym nie istnieje pojęcie nadwykonań przy rozliczaniu świadczeń udzielonych w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia (PSZ), natomiast NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej do wysokości limitów określonych w umowach PSZ. Finansowanie nadwykonań stanowiło zawsze wyjątek od tej reguły i następowało jedynie w miarę posiadania przez NFZ nadwyżki środków (tj. środków nie wydanych na sfinansowanie świadczeń w ramach limitów). 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 będzie miał wpływ na wysokość ryczałtu ustalonego na kolejny okres rozliczeniowy.

Ponadto informuję, że zgodnie z art. 136c ust. 3-4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy;
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
 - a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
 - b) cen udzielonych świadczeń,
 - c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Jednocześnie przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej

świadczeniodawcy, która będzie mieć albo miała wpływ na dane określone w art. 136c ust. 3 pkt 2 ustawy, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczału. Doprecyzowanie sposobu ustalania ryczału systemu zabezpieczenia znalazło odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, z późn. zm.), które aktualnie zostało znowelizowane przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248). Zgodnie z przepisem § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dokonane zostanie odpowiednie zwiększenie ryczału PSZ w bieżącym okresie rozliczeniowym świadczeniodawcom, którzy – w związku ze zwiększonym zapotrzebowaniem na świadczenia opieki zdrowotnej w okresie popandemicznym – wykonali świadczenia w skali przekraczającej liczbę jednostek sprawozdawczych, stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczału PSZ, w oparciu o przepis art. 136c ust. 4 ustawy. Przewiduje się, że takie zwiększenie odpowiadać będzie 60% liczby jednostek sprawozdawczych zrealizowanych ponad zaplanowaną liczbę tych jednostek.

Ponadto, zgodnie z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r., na podstawie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dokonane zostanie zwiększenie o 2,35% wolumen świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w formie ryczału PSZ, w celu skompensowania świadczeniodawcom wzrostu kosztów działalności spowodowanego inflacją oraz wzrostem kosztów wynagrodzeń personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, będącego pośrednim skutkiem 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.

Dodatkowo, zgodnie z powyższą rekomendacją Prezesa AOTMiT dokonane zostanie zwiększenie wartości ryczału PSZ w związku z wzmocnieniem wycen w wybranych obszarach (interna/chirurgia ogólna/położnictwo) o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie informuję, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący

okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 2614) NFZ został upoważniony do zwiększenia kwoty ryczałtu systemu zabezpieczenia w przypadku świadczeniodawców, którzy przekroczyli liczbę jednostek sprawozdawczych zaplanowaną na okres rozliczeniowy obejmujący rok 2022, co pozwoliło na przekazanie dodatkowych środków szpitalom, które wykonując zwiększoną liczbę świadczeń w warunkach epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, przyczyniły się do „splatania długu zdrowotnego” wobec pacjentów.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono regulacje gwarantujące szpitalom, których poziom realizacji świadczeń w 2022 r. był niższy niż zakładany przy ustaleniu ryczałtu na 2022 r., wypłatę dodatkowych środków finansowych, zapewniających utrzymanie wielkości umowy ryczałtowej na dotychczasowym poziomie. Wypłata tych środków następuje na wniosek świadczeniodawcy, składanego dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, z którym zawarł umowę.

• **podjęcie prac nad gruntowną nowelizacją ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która obecnie jest źródłem konfliktu na linii pracodawca-pracownik oraz pomiędzy pracownikami**

Kwestie związane z realizacją przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), w tym dotyczące sposobu dokonywania podwyższenia wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych oraz przekazywania środków finansowych na ten cel, są stałym tematem prac Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z udziałem reprezentatywnych central związków zawodowych i organizacji pracodawców (m.in. zrzeszających dyrektorów szpitali).

Ustalono, że zagadnienia dotyczące funkcjonowania przepisów wspomnianej ustawy będą omawiane i aktualizowane w dialogu trójstronnym na każdym posiedzeniu Zespołu z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Należy przypomnieć, że właśnie na drodze dialogu społecznego prowadzonego na forum Trójstronnego Zespołu wypracowane zostało porozumienie, które zaowocowało ubiegłoroczną nowelizacją wspomnianej wyżej ustawy.

Z wyrazami szacunku
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
/dokument podpisano elektronicznie/