



Minister Zdrowia

DLF.054.19.2024.SK
Warszawa, 15 kwietnia 2024

Pan
Andrzej Płonka
Przewodniczący
XXX Zgromadzenia Ogólnego
Związku Powiatów Polskich

Szanowny Panie Przewodniczący,

w odpowiedzi na stanowisko XXX Zgromadzenia Ogólnego Związku Powiatów Polskich, z dnia 13 marca 2024 r., w sprawie ustabilizowania sytuacji finansowej szpitali powiatowych i miejskich, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii nieprawidłowej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej w tzw. podstawowych zakresach oraz braku uwzględnienia w wycenie gotowości do udzielania świadczeń, na wstępie pragnę poinformować, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), 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 AOTMiT na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników między innymi 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 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.)

- Świadczenia wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia, w obszarze: Choroby Naczyń.
- 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.

W kwestii wprowadzenia uczciwego mechanizmu waloryzacji wycen świadczeń, uprzejmie informuję, że w związku ze wzrostem kosztów wynikających z inflacji, wzrostu cen energii i mediów oraz wynagrodzeń kadr, 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2024, poz. 146), dalej „ustawa 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 co prawda zapewnia możliwość elastycznego dysponowania dostępnymi środkami przez zarządzających podmiotami leczniczymi, jednak w przypadku szpitali realizujących świadczenia o niskiej wycenie, spowodowała narastanie zadłużenia.

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. nastąpił wzrost ceny za punkt w ryczałcie PSZ.

Jednocześnie pragnę poinformować, że Minister Zdrowia pismem z dnia 15 lutego 2024 r. zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w terminie do dnia 10 maja 2024 roku, dokonanie analizy oraz przygotowanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach.

Dodatkowo, na podstawie art. 31n pkt 4b ustawy, zostało zleczone dokonanie wariantowych analiz:

- związanych ze wzrostem wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę;
- związanych z prognozą wskaźnika inflacji w latach 2024 - 2025 r.;
- uwzględniających symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- uwzględniających odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

W kwestii zapłaty za nadwykonania zarówno w ryczałcie, jak i poza nim, uprzejmie informuję, że poziom zabezpieczenia świadczeń wynika z możliwości finansowych Oddziału,

uwarunkowanych planem finansowym OW NFZ oraz koniecznością zabezpieczenia dostępności do świadczeń we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń.

Natomiast możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową może być rozważana w konkretnej sytuacji, wynikającej między innymi 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.

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 niewydanych na sfinansowanie świadczeń w ramach limitów).

W nawiązaniu do powyższego informuję, że 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. Zgodnie z informacją Narodowego Funduszu Zdrowia, środki te powinny trafić do placówek medycznych jeszcze w marcu br.

Natomiast w kwestii braku zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit ryczałtu, pragnę wskazać, że zgodnie z art. 136c ust. 3 ustawy świadczeniach, przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia dla danego świadczeniodawcy na kolejny okres rozliczeniowy uwzględnia się między innymi dane dotyczące świadczeń udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy, finansowanych w formie ryczałtu w zakresie liczby i rodzaju udzielonych świadczeń. Oznacza to, że co do zasady „nadwykonanie ryczałtu” powinno skutkować zwiększeniem kwoty ryczałtu na kolejny okres, natomiast „niedowykonanie” ryczałtu może skutkować zmniejszeniem ryczałtu na następny okres rozliczeniowy. Konkretny wpływ poziomu wykonania ryczałtu w poszczególnych przypadkach na poziom finansowania w kolejnym okresie jest uzależniony od ogólnej skali wykonania ryczałtu systemu zabezpieczenia w całym systemie.

Niezależnie od powyższego informuję, że dostrzegając problem dotyczący „odrobienia” świadczeń z tytułu pobranych środków przez niektóre szpitale w dniu 8 marca 2024 r. opublikowano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2024 r. zmieniające

rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2024 r., poz. 339), które wydłuża do końca 2024 r. okres, w którym świadczeniodawcy powinni rozliczyć kwoty otrzymane jako dodatki do ryczałtu systemu zabezpieczenia za 2023 r., zgodnie z § 3b ust. 1 nowelizowanego rozporządzenia. Rozwiązanie to pozwoli świadczeniodawcom, którzy skorzystali z ww. dodatków, a nie zdołali osiągnąć w 2023 r. odpowiednio wysokich nadwykonań ryczałtu, uniknąć konieczności zwrotu do Narodowego Funduszu Zdrowia części środków wypłaconych za 2023 r., w przypadku wypracowania odpowiednich nadwykonań w kolejnym okresie rozliczeniowym ryczałtu systemu zabezpieczenia.

Jednocześnie informuję, że w celu poprawy sytuacji finansowej szpitali działających w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym szpitali powiatowych, w dniu 20 marca 2024 r. w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny został udostępniony projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1657).

Rozwiązania zaproponowane w niniejszym projekcie wprowadzają zapisy:

- 1) gwarantujące szpitalom, których poziom realizacji świadczeń w 2023 r. był niższy niż zakładany przy ustaleniu ryczałtu na ten rok., wypłatę dodatkowych środków zapewniających utrzymanie dotychczasowej wysokości ryczałtu PSZ, a jednocześnie zobowiązujące beneficjentów tego instrumentu do rozliczenia uzyskanych w ten sposób środków przez ich odpracowanie, a w przypadku nieosiągnięcia odpowiednich nadwykonań ryczałtu w 2024 r., przez zwrot nierozliczonych w ten sposób kwot;
- 2) umożliwiające wypłaty w 2024 r. specjalnych dodatków do ryczałtu PSZ świadczeniodawcom, którzy za poprzedni okres rozliczeniowy (2023 r.) wykazali tzw. nadwykonania tego ryczałtu. Dodatki będą wypłacane w wysokości 50% wypracowanych nadwykonań, jednak z jednoczesnym uwzględnieniem kwot dodatków wypłaconych w 2023 r., zgodnie z § 3b nowelizowanego rozporządzenia; podstawę ustalenia wysokości dodatku dla danego świadczeniodawcy stanowić będzie różnica między liczbą jednostek sprawozdawczych za 2023 r. a sumą liczby tych jednostek stanowiącą podstawę ustalenia wysokości ryczałtu na 2023 r. i liczby jednostek odpowiadających kwotom uzyskanych w tym okresie na mocy ww. przepisu.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Marek Kos
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/