



DLU.050.88.2024.RB  
Warszawa, 28 listopada 2024

Pan  
Szymon Hołownia  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w odpowiedzi na interpelację Pana Posła Piotra Uruskiego z 07.11.2024 r. nr 5987 uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

*1. Czy planowane jest wprowadzenie rozwiązań systemowych w zakresie ustalania ryczałtu szpitalnego podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, który powinien być kształtowany w oparciu o rzeczywiste wykonanie świadczeń z poprzedniego roku przez świadczeniobiorcę tj. łącznie z świadczeniami zrealizowanymi ponad limit określony w umowie?*

Procedowany aktualnie projekt ustawy *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (UD71) nie zawiera regulacji dot. ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia. Zasady ustalania tego ryczałtu są zawarte w art. 136c 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.) oraz wydanych na jego przepisach wykonawczych. Zgodnie z tymi regulacjami na wysokość ryczałtu ustalanego na kolejny okres rozliczeniowy ma wpływ liczba świadczeń (jednostek rozliczeniowych) wykonanych w okresie poprzedzającym.

*2. Czy planowane jest wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych w zakresie ustalenia dodatkowego finansowania np. „ryczałtu za gotowość” dla oddziałów szpitalnych wpisanych do Wojewódzkiego Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla danego województwa jako Jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w przypadku realizowania świadczeń w trybie całodobowym z wyodrębnionym dyżurem lekarskim.*

Świadczenia wykonywane we wskazanych w pytaniu oddziałach szpitalnych są rozliczane, w przeważającym stopniu, w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, w związku z czym nie jest uzasadnione wprowadzanie dla tych oddziałów dodatkowego ryczałtu „za gotowość”. Taki ryczałt jest natomiast stosowany przy rozliczaniu kosztów działania SOR.

*3. Czy planowane jest wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych w zakresie finansowania dodatkowym produktem kontraktowym np. „ryczałtem za gotowość” oddziałów zakaźnych /obserwacyjno-zakaźnych, położniczych/neontologicznych oraz oddziałów dziecięcych/ pediatrycznych, niezależnie od wykonywanych procedur medycznych.*

Aktualnie nie jest planowane wprowadzenie takich rozwiązań.

*4./7. Czy planowane jest wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych w zakresie pomocy finansowej Państwa dla zadłużonych podmiotów leczniczych np. poprzez wprowadzenie jednorazowej abolicji dla zobowiązań wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych powstałych z uwagi na nadzwyczajny wzrost kosztów udzielania świadczeń, spowodowanych wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określanego przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych; tj. umarzenia nieopłacone składek za okres od dnia 1 lipca 2022r r. do dnia 31 grudnia 2023r. oraz należne od nich odsetki za zwłokę, opłaty prolongacyjne, koszty upomnienia, opłaty dodatkowe, a także koszty egzekucyjne naliczone przez dyrektora oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, naczelnika urzędu skarbowego lub komornika sądowego. Czy Ministerstwo Zdrowia przewiduje jakieś rozwiązania w zakresie oddłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a jeśli tak to jakie będą przeznaczone na to środki finansowe, jaka jest perspektywa czasowa ich uruchomienia?*

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają analizy dot. możliwości wypracowania rozwiązań w zakresie wsparcia finansowego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w powiązaniu z podejmowanymi przez te podmioty działaniami restrukturyzacyjnymi.

*5. Czy Minister Zdrowia po 1 lipca 2022r. na podstawie art. 31ha ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024.146 t.j.) zlecał Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Agencji sporządzenie analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń oraz przygotowanie raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zawierającego stosowne rekomendacje.*

Na wstępie należy zaznaczyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podnosi ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Systematycznie odbywa się także aktualizacja wycen świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. 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.

Na podstawie corocznych zleceń Ministra Zdrowia, Prezes Agencji dokonanie analizy oraz przygotowania raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą 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. 1352). Dodatkowo w ramach zlecenia uwzględnia się również sporządzenie przez Agencję 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 2023 - 2024 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 poziom finansowania.

Analizie podlegają również cyklicznie gromadzone informacje o wysokościach 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 oparciu o art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha 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.) Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotował, na zlecenie Ministra Zdrowia, rekomendację Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia zatwierdził do realizacji rekomendację w najkorzystniejszym dla świadczeniodawców wariantcie nr 3, tj. uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ww. ustawy z dnia 26 maja 2022 r. *o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia* 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 związku z powyższym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej implementujące wariant nr 3 rekomendacji Prezesa AOTMiT. W efekcie powyższego procesu aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półrocze 2024 r. o ok. 7,85 mld. zł.

*6. Proszę o udzielenie informacji w zakresie taryfikowanych świadczeń szpitalnych tj. które grupy JGP po 1 lipca 2022 r. były objęte Raportem w sprawie ustalenia taryf świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i zostały po tym terminie zmienione.*

AOTMiT na bieżąco dokonuje analiz związanych z poziomem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Taryfikacja świadczeń jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji Agencji sporządzanego na dany rok kalendarzowy. Podstawowym celem procesu taryfikacji jest ustalenie taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przede wszystkim poprzez uzyskanie wiedzy o rzeczywistych kosztach ponoszonych w związku z realizacją tych świadczeń oraz o wzajemnych relacjach poziomu kosztów pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Cel ten jest realizowany przy założeniu, że taryfikacja ma służyć równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w zakresie wydawania środków publicznych. Decyzja o umieszczeniu danej grupy świadczeń w Planie Taryfikacji na dany rok podejmowana jest przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Istotnym aspektem jest także potrzeba synchronizacji działań podejmowanych przez kluczowe instytucje systemu ochrony zdrowia.

Należy jednocześnie wskazać, że taryfikacja świadczeń jest procesem złożonym i wieloetapowym. W procesie tym oprócz pracowników AOTMiT i Prezesa Agencji biorą udział przedstawiciele wielu grup społecznych takich jak: świadczeniodawcy, eksperci w dziedzinie medycyny właściwej do taryfikowanych świadczeń, przedstawiciele organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów, członkowie Rady ds. Taryfikacji, minister właściwy do spraw zdrowia i inni.

Szczegółowe informacje odnośnie taryfikowanych świadczeń opieki zdrowotnej są dostępne na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji <https://www.aotm.gov.pl/taryfikacja/taryfikowane-swiadczenia/>.

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