



Minister
Zdrowia



RZS.050.5.2024RZS.050.5.2024.JS
Warszawa, 03 grudnia 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek
Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 5599 Pana Krzysztofa Piątkowskiego, Posła na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w sprawie reformy systemu opieki długoterminowej w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do pytania nr 1 pragnę zaznaczyć, że rozwiązania mające na celu wsparcie deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej, szczególnie na poziomie lokalnym i regionalnym, będą identyfikowane i analizowane w trakcie prac nad reformą opieki długoterminowej w Polsce realizowaną w ramach kamienia milowego A70G stanowiącego element szerszej reformy A4.6: *Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej* Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności.

Jednym z głównych założeń realizowanej reformy jest bowiem przyspieszenie deinstytucjonalizacji usług opieki długoterminowej, które ma zostać osiągnięte przez rozwijanie dotychczasowych i wprowadzenie nowych systemowych rozwiązań (o charakterze prawnym, finansowym, organizacyjnym czy informacyjno-edukacyjnym) ukierunkowanych – w sposób bezpośredni lub pośredni – na rozwój opieki i wsparcia dostępnego w środowisku lokalnym.

Warto bowiem nadmienić, że również takie działania zaplanowane w ramach reformy jak m.in. poprawa koordynacji opieki długoterminowej pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej czy poprawa dostępności informacji o istniejących formach wsparcia w ramach opieki długoterminowej, w sposób pośredni przyczynią się do przyspieszenia procesu deinstytucjonalizacji opieki. Ponadto, przewidziano również wprowadzenie nowych instrumentów wspierających realizację opieki w warunkach domowych i w środowisku lokalnym, takich jak projektowane rozwiązania w zakresie bonu senioralnego.

W odniesieniu do pytania nr 2, uprzejmie informuję, że kryteria, które będą uwzględniane przy przyznaniu dofinansowań na przekształcenie oddziałów szpitalnych w oddziały geriatryczne lub miejsca opieki długoterminowej przewidzianych w ramach realizacji Inwestycji D4.1.1: *Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym* będącej elementem komponentu D: *Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia* Krajowego Planu Odbudowy

i Zwiększania Odporności zostały określone w *Regulaminie wyboru przedsięwzięć do objęcia wsparciem*.¹

Ocena wszystkich wniosków złożonych w naborze przeprowadzona zostanie jednoetapowo i składać się będzie z weryfikacji wniosku w oparciu o *Kryteria wyboru przedsięwzięcia* zawarte w załączniku 2.1 do ww. Regulaminu.

Poniżej wymieniono kryteria nr 1–26 zawarte w ww. załączniku:

1. *Terminowość i forma złożonego wniosku* – ocena na podstawie informacji w systemie CST2021 w aplikacji WOD2021 potwierdzających datę i godzinę wpływu wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem;
2. *Podmiot uprawniony do złożenia wniosku* – ocena na podstawie listy szpitali I i II stopnia referencyjności w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
3. *Prawidłowość złożonego wniosku* – ocena polega na weryfikacji, czy wypełnione we wniosku pola nie zawierają omyłek pisarskich, błędów rachunkowych lub innych niedozwolonych znaków;
4. *Podpisanie dokumentacji przez osobę uprawnioną do reprezentacji wnioskodawcy* – weryfikacja dokumentacja aplikacyjna została podpisana przez osoby upoważnione do reprezentowania wnioskodawcy, z załączeniem dokumentu potwierdzającego upoważnienie;
5. *Posiadanie tożsamej z zakresem przedsięwzięcia opinii o celowości inwestycji „OCI”* – weryfikacja wydanej opinii wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia opinii o celowości inwestycji;
6. *Zakres przedmiotowy przedsięwzięcia* – ocena polega na weryfikacji, czy przedsięwzięcie w konkretnym szpitalu, wskazane do objęcia wsparciem w ramach środków pochodzących z KPO, będzie dotyczyć realizacji co najmniej jednego z poniższych obszarów:
 - modernizacji infrastruktury budowlanej szpitali powiatowych polegającej na wykonywaniu robót budowlanych takich jak: przebudowa, rozbudowa, nadbudowa remont oraz innych prac, które nie stanowią robót budowlanych w rozumieniu ustawy Prawo budowlane prowadzących do modernizacji obiektów budowlanych,
 - w uzasadnionych przypadkach związanych z brakiem możliwości efektywnego inwestowania środków w przebudowę lub rozbudowę starych, wyeksploatowanych budynków, które nie spełniają wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa: budowy² nowej infrastruktury podmiotów leczniczych, wraz z nabyciem tytułu prawnego do nieruchomości na cele budowlane, oraz doposażenia niezbędnego do zapewnienia minimalnych warunków realizacji gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w postaci nowoczesnych urządzeń i wyrobów medycznych;
7. *Zgodność z ramami czasowymi planu rozwojowego* – ocenie podlega, czy harmonogram realizacji przedsięwzięcia nie przekracza ram czasowych kwalifikowalności przedsięwzięć określonych w następujących dokumentach, tj.:
 - rozporządzeniu RRF – kwalifikowalne przedsięwzięcie może się zacząć nie wcześniej niż w dniu 01.02.2020 r. i zakończyć nie później niż w dniu 30.06.2026 r.,

¹ Informacje o naborze wniosków oraz dokumentacja naborowa zostały zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia poświęconej inwestycji D4.1.1: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wsparcie-w-zakresie-rozwoju-opieki-dlugoterminowej-lub-geriatrycznej-poprzez-modernizacje-infrastruktury-podmiotow-leczniczych-na-poziomie-powiatowym--inwestycjad411>.

² Zgodnie z prawem budowlanym (Dz. U. 2024.725 art. 3 pkt. 6) przez budowę należy rozumieć wykonywanie obiektu budowlanego w określonym miejscu, a także odbudowę, rozbudowę, nadbudowę obiektu budowlanego.

- planie rozwojowym – uzgodniony w planie rozwojowym (w tym w odpowiedniej decyzji implementacyjnej Rady UE) termin realizacji inwestycji i przedsięwzięcia;
8. *Zgodność z planem rozwojowym* – warunkiem spełnienia kryterium jest zapewnienie przez ostatecznego odbiorcę wsparcia zgodności przedsięwzięcia z planem rozwojowym oraz z przepisami rozporządzenia RRF, w tym zapewnienie, że:
- przedsięwzięcie jest zgodne z rodzajem przedsięwzięć przewidzianym w opisie właściwego komponentu planu rozwojowego,
 - nie przekroczono pułapu maksymalnego poziomu finansowania dla danego typu przedsięwzięcia,
 - ostateczny odbiorca składający wniosek o objęcie wsparciem jest uprawniony do ubiegania się o przyznanie wsparcia i nie jest wykluczony z dofinansowania na podstawie art. 207 ustawy o finansach publicznych³;
9. *Brak podwójnego finansowania* – weryfikacja, czy ostateczny odbiorca wsparcia nie otrzymał już i nie skorzysta z finansowania na ten sam cel w ramach planu rozwojowego lub innych unijnych programów, instrumentów, funduszy w ramach budżetu Unii Europejskiej na realizację zakresu prac zakładanego w ramach realizacji przedsięwzięcia (brak podwójnego finansowania) oraz czy wnioskodawca nie otrzymał już i nie skorzysta z finansowania środków budżetu państwa na realizację tego samego zakresu rzeczowego przedsięwzięcia w całości lub części;
10. *Spójność informacji zawartych we wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem, załącznikach do wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem* – ocena polega na weryfikacji spójności informacji zawartych we wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem, oświadczeniach oraz załącznikach do wniosku o objęcie przedsięwzięcia wsparciem;
11. *Zachowanie zgodności z zasadą równości szans i niedyskryminacji oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn* – sprawdzana jest zgodność przedsięwzięcia z horyzontalnymi zasadami niedyskryminacji i równości szans ze względu na płeć. W szczególności przedmiotem sprawdzenia jest, czy przedsięwzięcie nie ogranicza równego dostępu do zasobów (towarów, usług, infrastruktury) ze względu na płeć, pochodzenie rasowe lub etniczne, religię lub przekonania, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną;
12. *Właściwie określone wydatki kwalifikowalne* – sprawdzana jest kwalifikowalność, adekwatność i racjonalność wydatków planowanych do poniesienia w ramach przedsięwzięcia;
13. *Sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy wsparcia i wykonalność finansowa przedsięwzięcia* – weryfikacji podlega sytuacja finansowa ostatecznego odbiorcy wsparcia, czy nie zagraża realizacji i utrzymaniu rezultatów przedsięwzięcia oraz czy przedstawione zostały wiarygodne źródła współfinansowania przedsięwzięcia;
14. *Pomoc publiczna oraz pomoc de minimis* – sprawdzana jest zgodność przedsięwzięcia z przepisami o pomocy publicznej, tj. czy wsparcie będzie stanowiło pomoc publiczną w rozumieniu art. 107 ust. 1 TFUE oraz czy przedsięwzięcie spełnia wymogi właściwego programu pomocowego, indywidualnej decyzji notyfikacyjnej lub innej podstawy udzielenia pomocy publicznej lub pomocy *de minimis*;
15. *Zgodność z zasadą „niewyrządzenia znaczącej szkody środowisku” (DNSH – „do no significant harm”)* – weryfikowane jest zachowanie zgodności z zasadą „niewyrządzenia znaczącej szkody środowisku” na podstawie rozporządzenia RRF⁴ oraz Wytycznych technicznych dotyczących stosowania zasady „niewyrządzenia znaczącej szkody

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.).

⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/241 z dnia 12 lutego 2021 r. ustanawiające Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A32021R0241>).

środowisku” na podstawie rozporządzenia ustanawiającego Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności;

16. *Zgodność z zasadą zrównoważonego rozwoju* – racjonalne wykorzystywanie zasobów naturalnych – sprawdzane jest, czy przedsięwzięcie obejmuje finansowanie działań minimalizujących oddziaływanie działalności człowieka na środowisko. Zasada zrównoważonego rozwoju jest zachowana, jeżeli w ramach przedsięwzięcia zakłada się podejmowanie działań ukierunkowanych na:
 - racjonalne gospodarowanie zasobami,
 - ograniczenie presji na środowisko,
 - uwzględnianie efektów środowiskowych w zarządzaniu,
 - podnoszenie świadomości ekologicznej społeczeństwa;
17. *Zgodność z zasadą długotrwałego wpływu przedsięwzięcia na wydajność i odporność gospodarki polskiej* – weryfikowane jest, czy realizacja przedsięwzięcia zapewnia efekty długoterminowe, tzn. przekraczające ramy czasowe obowiązywania RRF i nie ma charakteru powtarzających się krajowych wydatków budżetowych;
18. *Wpływ na wskaźniki i cele inwestycji w planie rozwojowym i RRF* – analizowane jest, czy przedsięwzięcie ma pozytywny i bezpośredni wpływ na wskaźniki i cele określone w planie rozwojowym (decyzji implementacyjnej), jak również wskaźniki wspólne, a metodyka ich wyliczania jest wiarygodna;
19. *Adekwatność wskaźników własnych przedsięwzięcia* – analizowane jest, czy wskaźniki własne przedsięwzięcia (inne niż wskaźniki dla inwestycji w planie rozwojowym i wspólne wskaźniki na poziomie RRF) są adekwatne do celu i zakresu danego przedsięwzięcia oraz mierzalne i realne;
20. *Zgodność z planami restrukturyzacji danego szpitala lub równoważnymi dokumentami dla danego szpitala* – weryfikacja, czy szpital posiada plan restrukturyzacji lub inny dokument (np. plan rozwoju, plan naprawczy, program strategiczny), wskazujący na celowość przedmiotowego przedsięwzięcia;
21. *Zmiana struktury organizacyjnej szpitala powiatowego* – weryfikacja, czy przedsięwzięcie zakłada przekształcenie łóżek, przy czym minimalna liczba przekształconych łóżek nie może być mniejsza niż 9, a całkowita liczba łóżek utworzonych ramach przedsięwzięcia (przekształconych i nowo utworzonych) nie może być mniejsza niż 15;

Weryfikacja spełnienia kryteriów nr 1–21 przeprowadzana jest w oparciu o system 0/1, co oznacza, że jest dokonywana pod względem spełnienia albo niespełnienia danego kryterium.

Natomiast ocena kryteriów nr 22–26 polega na przyznaniu określonej liczby punktów w ramach każdego z tych kryteriów i zsumowaniu wszystkich przyznanych punktów. Brak przyznania punktów w ramach kryteriów nr 22–26 nie jest podstawą do negatywnej oceny całości wniosku. Poniżej zostały wyszczególnione te kryteria:

22. *Tendencja demograficzna* – w ocenie bierze się pod uwagę prognozowaną w 2040 r. zmianę odsetka liczby ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem zamieszkującej powiat lub miasto na prawach powiatu, w którym znajduje się szpital;
23. *Gęstość zaludnienia* – w ocenie bierze się pod uwagę, czy szpital znajduje się na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia;
24. *Potrzeby w zakresie opieki długoterminowej lub geriatrycznej* – w ocenie bierze się pod uwagę wskaźnik obciążenia łóżek na oddziałach, w których zadeklarowano łóżka do przekształcenia;
25. *Stan nasycenia usługami opieki długoterminowej lub geriatrycznej* – w ocenie bierze się pod uwagę, czy realizacja przedsięwzięcia zwiększy dostępność do usług opieki długoterminowej lub geriatrycznej;

26. *Jakość opieki* – w ocenie bierze się pod uwagę deinstytucjonalizację opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia.

Odnosząc się do pytania nr 3 pragnę wskazać, że Ministerstwo Zdrowia jest zaangażowane w realizację działań mających na celu zapewnienie wsparcia opiekunom nieformalnym osób wymagających opieki długoterminowej.

W ramach prowadzonych działań w tym zakresie Ministerstwo Zdrowia zleciło Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego PZH – Państwowemu Instytutowi Badawczemu przygotowanie modelowego zakresu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do wykorzystania przez regiony lub inne podmioty publiczne na terenie kraju, które planują wprowadzenie tego typu szkoleń/kursów na swoim obszarze.

Zakłada się, że tego rodzaju działania edukacyjno-informacyjne dedykowane opiekunom nieformalnym powinny być organizowane głównie na poziomie lokalnym lub regionalnym, zgodnie z zidentyfikowanymi potrzebami edukacyjnymi na danym obszarze.

W związku z powyższym uznano za zasadne przygotowanie na poziomie centralnym ogólnych wytycznych dla takich działań wspierających, które mogłyby być dalej wykorzystywane w regionach lub lokalnie w sposób ujednolicony na terenie całego kraju.

Produkt końcowy z przedmiotowego zadania w postaci ogólnych ram szkoleniowych jest na etapie finalizacji, a rozpoczęcie jego upowszechniania wśród jednostek samorządu terytorialnego ma nastąpić jeszcze w 2024 r.

Ponadto, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) na lata 2021–2027, zaplanowano przeprowadzenie zadania konkursowego dotyczącego wsparcia psychologicznego w formie sesji wsparcia psychospołecznego dla nieformalnych opiekunów osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności opiekunów osób z chorobami otępiennymi.

Przedmiotowe zadanie zakłada, że poprawa jakości życia opiekunów nieformalnych, poprzez zapewnienie im odpowiedniego wsparcia psychologicznego w kontekście udzielanej opieki, może w istotny sposób poprawić jakość udzielanej przez nich opieki.

W ramach zadania planuje się objąć wsparciem psychologicznym ponad 1 500 opiekunów nieformalnych ze wszystkich 16 województwach kraju z miejscowości do 250 tys. mieszkańców, aby zapewnić dotarcie do osób poza największymi miastami – na obszarach, w których opiekunowie nieformalni nie mogą liczyć na dedykowane im wsparcie psychologiczne, które jest dostępne np. w ramach projektów realizowanych z budżetów największych miast.

W ramach projektu uczestnicy będą mogli skorzystać z sesji grupowych wsparcia psychospołecznego oraz, w razie potrzeby, z indywidualnych konsultacji psychologicznych. Na spotkaniach poruszone zostaną zagadnienia m.in. dotyczące radzenia sobie ze stresem, profilaktyki depresji, znaczenia życia społecznego, właściwej relacji opiekun-podopieczny oraz zachowania równowagi pomiędzy rolą opiekuna a pozostałymi rolami społecznymi.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi również ustalenia ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), Narodowym Funduszem Zdrowia i Centrum e-Zdrowia, dotyczące adaptacji programu edukacyjnego pn. *iSupport for dementia*. Działania w tym zakresie obejmują opracowanie kursu dla opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi w formie online, m.in. w oparciu o opublikowany przez WHO kurs pn. *iSupport for Dementia*⁵.

Przedmiotowe zadanie zostanie powierzone przez Ministerstwo Zdrowia – w drodze konkursu ofert – w ramach realizacji zadania pn. *Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi*

⁵ Kurs został zamieszczony przez WHO na platformie Moodle: <https://campus.paho.org/accesswho/isupport-virtual-course-skills-and-knowledge-training-carers-people-dementia>

osobami w Celu operacyjnym 5. *Wyzwania demograficzne* Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025.

Aktualnie przygotowywana jest dokumentacja konkursowa, w której konieczne jest określenie odpowiednich wymogów dla realizatora zadania oraz wskazanie wymagań dla portalu, na którym gotowy produkt zostanie opublikowany.

Jednocześnie pragnę także podkreślić, że działania ukierunkowane na zapewnienie wsparcia opiekunom nieformalnym są również przedmiotem prac prowadzonych w zakresie reformy opieki długoterminowej w Polsce realizowanej w ramach kamienia milowego A70G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Analizowane działania w tym obszarze obejmują m.in. wspomniane wcześniej rozwiązania przewidziane w ramach projektu ustawy o bonie senioralnym, a także wielokierunkowe działania poprawiające dostęp do informacji na temat wsparcia z zakresu opieki długoterminowej zarówno dla osób wymagających tej opieki, jak również ich opiekunów.

W odniesieniu do pytania nr 4, uprzejmie informuje, że zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) sporządzanego na dany rok kalendarzowy. Taryfikacja świadczeń jest procesem wieloetapowym, w którym oprócz samej AOTMiT biorą udział przedstawiciele wielu grup społecznych, w tym przede wszystkim świadczeniodawcy, eksperci w dziedzinie medycyny właściwej do taryfikowanych świadczeń oraz przedstawiciele organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów.

Świadczenia do Planu Taryfikacji wybierane są w oparciu o analizę czynników takich jak: poziom realizacji, istotność wydatków w budżecie płatnika, istotność z punktu widzenia zdrowia publicznego, liczba osób oczekujących oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, z uwzględnieniem głosów środowiska i priorytetów polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia. Wskazane jest, aby analizie poddawane były całe obszary (dziedziny) świadczeń. Zgodnie z przepisami (art. 311c) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ na potrzeby ustalenia taryfy świadczeń AOTMiT może pozyskiwać dane od podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz przede wszystkim od świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. AOTMiT gromadzi dane pochodzące od świadczeniodawców w ramach współpracy stałej lub doraźnej, w zależności od bieżącego zapotrzebowania na informacje.

Świadczeniodawcy udostępniają dane niezbędne do określenia taryfy świadczeń na wniosek Prezesa AOTMiT. AOTMiT współpracuje długofalowo z podmiotami, które zostały dotychczas wyłonione w przeprowadzonych postępowaniach, mogącymi zapewnić największą kompletność i najlepszą jakość danych. W gronie tych świadczeniodawców znajdują się podmioty małe, średnie oraz duże. Taka struktura doboru świadczeniodawców ma na celu zapewnienie pozyskania danych od podmiotów realizujących jak najbardziej różnorodne świadczenia, na wielu poziomach referencyjności, reprezentujących jak najbardziej różnorodny poziom kosztów. Dokonany wybór nie wyklucza możliwości poszerzenia liczby świadczeniodawców o kolejne jednostki, które zadeklarują chęć takiej współpracy.

Na całkowity koszt świadczenia opieki zdrowotnej składają się dwa główne rodzaje kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców, tj. koszty stałe i koszty zmienne. Natomiast z uwagi na to, że koszty stałe, definiowane przez ogólne dane finansowo-księgowo, stanowią zazwyczaj największy koszt każdego świadczenia, główny nacisk

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

kładziony jest na statystycznie właściwy dobór próby świadczeniodawców, którzy przekazują te dane.

Ponadto, zgodnie z art. 31 ha ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co roku na podstawie rekomendacji Prezesa AOTMiT dokonywana jest całościowa zmiana sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego określanego przepisami ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁷.

Mając na względzie powyższe, w dniu 13 czerwca 2024 r. Prezes AOTMiT opublikował obwieszczenie w sprawie rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Rekomendacja ta jest w wariancie uwzględniającym we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ww. ustawy oraz określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów. Dodatkowo we wzroście kwot uwzględnia ona także wzrost inflacji, zobowiązania NFZ do wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania. Obszary świadczeń wymagające pilnej interwencji obejmują m.in. obszary istotne dla działalności szpitali I i II stopnia, a także zwiększenie liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz 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 r. a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie⁸. Oznacza to, że Minister Zdrowia zdecydowała o wprowadzeniu w życie wariantu rekomendacji AOTMiT korzystniejszego podmiotów leczniczych i personelu medycznego.⁹

Uwzględniając zakres prac AOTMiT nad weryfikacją poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, należy zauważyć, że Minister Zdrowia uwzględniając szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na bieżąco reaguje na wnioski zgłaszane przez organizacje pracodawców, grupy ekspertów czy grupy podmiotów leczniczych, celem wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności w wycenach świadczeń i ich ponownej weryfikacji oraz aktualizacji przez AOTMiT, chociażby w oparciu o nowe schematy leczenia, jeśli wynika to z obiektywnych przesłanek.

Pragnę jednocześnie nadmienić, że do Ministerstwa Zdrowia nie wpływały żadne wnioski dotyczące uzasadnionej konieczności wprowadzenia zmian w przedmiotowym zakresie dla świadczeń opieki geriatrycznej, a tym samym nie są prowadzone ani planowane prace mające na celu zwiększenie wycen geriatrycznych w najbliższym czasie.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu

⁷ Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139).

⁸ W przyjętym wariancie uwzględniono zwiększenie ryczałtu PSZ podmiotom, które wykonały w I kwartale 2024 r. świadczenia w skali przekraczającej 3/12 liczby jednostek sprawozdawczych będących podstawą do ustalenia ryczałtu PSZ na 2024 r. oraz zwiększenie o 1,09% wolumenu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w formie ryczałtu PSZ, w celu skompensowania wzrostu kosztów działalności spowodowanego inflacją oraz wzrostem kosztów wynagrodzeń personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych.

⁹ Szczegółowe informacje odnośnie taryfikowanych świadczeń opieki zdrowotnej są dostępne na stronie internetowej AOTMiT: <https://www.aotm.gov.pl/taryfikacja/taryfikowane-swiadczenia/>

/dokument podpisany elektronicznie/