



Minister
Zdrowia

DLF.736.624.2024.KG
Warszawa, 21 stycznia 2025

Pan
Stanisław Grzeško
Przewodniczący
Konwentu Powiatów Województwa Lubelskiego

Szanowny Panie Przewodniczący,

w odpowiedzi na Pana pismo z dnia 19 grudnia 2024 r. znak: SPP.021.7.24 przekazujące Stanowisko Konwentu Powiatów Województwa Lubelskiego *w sprawie zmiany przepisów prawa w zakresie funkcjonowania ochrony zdrowia i pomocy społecznej*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do kwestii urealnienia wyceny świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach procedur medycznych pragnę wskazać, że zgodnie z art. 31lb 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 (AOTMiT) ustala taryfę świadczeń. Podstawą działań związanych z określaniem taryfy świadczeń jest Plan Taryfikacji sporządzany na dany rok kalendarzowy, w terminie do dnia 1 czerwca roku poprzedzającego, zatwierdzany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wszystkie plany taryfikacji publikowane są w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP).

W celu pozyskania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń gwarantowanych AOTMiT zwraca się do świadczeniodawców z wnioskiem o udostępnienie danych na podstawie art. 31 lc ww. ustawy o świadczeniach. Zgodnie z art. 31 ust. 4 i 5 tejże ustawy w BIP AOTMiT są publikowane raporty w sprawie ustalenia taryf świadczeń. Do raportów można zgłaszać uwagi w terminie 7 dni od ich opublikowania. Zakończeniem całego procesu jest określenie przez Prezesa AOTMiT taryfy świadczeń w danym zakresie oraz ich publikacja w formie Obwieszczenia Prezesa AOTMiT w BIP AOTMiT, po uprzednim zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Natomiast zgodnie z art. 146 ust. 6 omawianej ustawy określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania.

W związku z powyższym wskazać należy, że merytoryczne uwagi co do konkretnej taryfy należy zgłaszać do AOTMiT na etapie publikacji raportu w sprawie ustalenia taryfy w wskazanym terminie przewidzianym w ustawie.

Odnosząc się do kwestii związanych z wnioskowanym finansowaniem wszystkich nadwykonań oraz zagwarantowania środków finansowych na pokrycie kosztów ustawowych podwyżek należy wskazać, że finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zrealizowanych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

– art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym NFZ;

– § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.), zgodnie z którymi NFZ zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Jednocześnie podkreślenia wymaga, że NFZ ma obowiązek pokrycia wszystkich świadczeń nielimitowanych, a ich finansowanie odbywa się zgodnie zobowiązującymi przepisami, w tym szczegółowymi warunkami zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którymi w sytuacji, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w tychże zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy. Ponadto w zakresie posiadanych kompetencji oraz środków finansowych oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą działania zmierzające do zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno na wniosek świadczeniodawców jak i z inicjatywy własnej oddziału wojewódzkiego NFZ, uwzględniające m.in. wyniki analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te ukierunkowane są na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie oddziału wojewódzkiego NFZ i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w kontekście poprawy dostępności do

świadczeń zdrowotnych, zakontraktowania większej liczby świadczeń i opłacenia nadwykonań. Jednocześnie pragnę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia, systematycznie podejmuje działania umożliwiające finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w jak najszerszym zakresie.

W 2024 r. zostały podjęte następujące działania:

1) zmiana planu finansowego NFZ na 2024 r., umożliwiła Dyrektorom Oddziałów Wojewódzkich NFZ rozliczenie i sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zabezpieczono w tym celu środki finansowe w kwocie **2,2 mld zł**;

2) Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości **3 mld zł**, z przeznaczeniem na konkretne obszary świadczeń:

- leczenie onkologiczne i diagnostykę onkologiczną dzieci i dorosłych;
- psychiatrię dziecięcą;
- leczenie i diagnostykę chorób rzadkich dzieci.

3) Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń - łączne zwiększenie środków przeznaczonych na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. wyniosło dotychczas blisko **6 mld zł**;

4) na podstawie decyzji Ministra Zdrowia, NFZ otrzymał również w 2024 r. dodatkowe środki na zwiększenie funduszu zapasowego w łącznej kwocie **344,67 mln zł**.

Ponadto należy zauważyć, że ujęte w zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ wynosiły **166,17 mld zł**, natomiast w wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. planowane koszty realizacji zadań NFZ zostały zwiększone łącznie o ponad **25 mld zł** do poziomu **191,19 mld zł**.

Aktualnie zaplanowana na 2025 r. dotacja podmiotowa z budżetu państwa dla NFZ wynosi **18,3 mld zł**, tj. ponad dwukrotnie więcej niż zaplanowana pierwotnie na 2024 r., natomiast koszty realizacji zadań NFZ w 2025 r. zostały zaplanowane w wysokości **195 mld zł**, tj. na poziomie blisko **29 mld zł** wyższym od wskazanych w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2024 r.

Odnosząc się do kwestii postulowanego sformułowania jednoznacznych przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych informuję, że zawarty w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. podział na grupy zawodowe, oparty jest o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku. Zaszeregowanie pracownika wykonującego zawód medyczny (w tym pielęgniarki i położnej) oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, do jednej z grup zawodowych, odbywać się więc powinno w oparciu o określony przez pracodawcę, na

gruncie regulacji zakładowej lub w umowie o pracę, wymóg posiadania określonego wykształcenia na danym stanowisku pracy.

Nie można jednak mówić o dowolności pracodawców (dyrektorów szpitali) w uznawaniu (lub nie) wyższego wykształcenia pielęgniarek. Pracodawca uwzględniając regulaminy wewnętrzne określa, jakie wymogi mają spełniać osoby zatrudnione w podmiocie leczniczym przez niego zarządzanym, ale w granicach określonych przepisami prawa (w tym m.in. przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1515), ale także przepisami rozporządzeń określających warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w określonych zakresach, wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o tym, jakie wymogi mają spełniać osoby zatrudnione w podmiocie leczniczym przez niego zarządzanym, pod warunkiem, że zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach (art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej- Dz. U. z 2024 r. poz. 799), a także podejmowane przez niego jako pracodawcę czynności mieścić się będą w granicach norm określonych przepisami prawa pracy.

Należy podkreślić, że przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie wyłączają w żadnym zakresie obowiązku pracodawcy brania pod uwagę przy ustalaniu wysokości wynagrodzeń ogólnych zasad prawa pracy określających kryteria obowiązujące przy ustalaniu wynagrodzeń, kreujących zakaz dyskryminacji w wynagradzaniu, czy też nakazujących brać pod uwagę kwalifikacje wymagane do wykonywania określonych czynności zawodowych na konkretnych stanowiskach pracy w danej placówce i ich wzajemnych relacji. Oznacza to, że pracodawca nie może powołując się jedynie na ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. różnicować wysokości wynagrodzeń pracowników zatrudnionych na stanowiskach, na których wykonywana jest praca jednakowej wartości (ten sam zakres czynności). Działałby bowiem wówczas wbrew art. 18^{3c} Kodeksu pracy statuujące mu zasadę równego traktowania w zatrudnieniu.

Zarówno przepis art. 18^{3c}, jak też art. 78 § 1 Kodeksu pracy, stanowiący, że wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy, odnoszą się do sposobu kształtowania wynagrodzeń konkretnych pracowników, zatem adresowane są do pracodawcy.

Ponadto informuję, że kwestie dotyczące sposobu realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. stanowią stały punkt dyskusji prowadzonej na każdym posiedzeniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, z udziałem przedstawicieli reprezentatywnych związków

zawodowych oraz organizacji pracodawców, w tym przedstawiciele szpitali, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego.

W odniesieniu do wniosku dotyczącego konieczności wprowadzenia przepisów mających na celu zwiększenie dostępności lekarzy dla szpitali powiatowych poprzez wprowadzenie obowiązku przepracowania w szpitalu 3 lat przez lekarzy rezydentów pragnę zapewnić, że Minister Zdrowia nieustannie podejmuje działania mające na celu zapewnienie optymalnej liczby lekarzy specjalistów w systemie ochrony zdrowia.

W celu stymulacji wzrostu liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach, w których zapotrzebowanie na specjalistów jest największe, a zainteresowanie odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego przez lekarzy jest małe, albo nie współmiernie małe do potrzeb, Minister Zdrowia tworzy katalog dziedzin priorytetowych. Do takich dziedzin należą obecnie między innymi: dziedziny mające zastosowanie w leczeniu onkologicznym (onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, chirurgia onkologiczna, patomorfologia, hematologia), a także dziedziny takie jak: choroby wewnętrzne, medycyna ratunkowa, pediatria, medycyna rodzinna, anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia ogólna, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, geriatria, kardiologia dziecięca, neurologia, neurologia dziecięca, czy neonatologia. Uznanie dziedziny za priorytetową wiąże się z wyższym wynagrodzeniem dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie oraz z większą liczbą miejsc rezydenckich przyznawanych przez Ministra Zdrowia. Pełen katalog dziedzin priorytetowych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2024 r. poz. 791). Ponadto od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2022 r. wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentyistów tzw. nabór centralny.

Nabór centralny na specjalizację daje lekarzom i lekarzom dentyistom możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie może on zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co do tej pory nie mogło mieć miejsca. Przed wprowadzeniem centralnego naboru lekarz/lekarz dentyista mógł ubiegać się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego tylko w jednym województwie w jednej dziedzinie medycyny w trybie rezydenckim lub pozarezydenckim.

Jednocześnie od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2023 r. wprowadzony został dodatkowy etap postępowania kwalifikacyjnego, który ma na celu zakwalifikowanie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach priorytetowych w trybie rezydenckim

jak największej liczbie lekarzy. W dodatkowym etapie postępowania kwalifikacyjnego biorą udział osoby niezakwalifikowane w postępowaniu kwalifikacyjnym, które wskazały chociaż jeden wariant wyboru obejmujący tryb rezydencki i priorytetową dziedzinę medycyny oraz nie zostały zakwalifikowane na wcześniejszych etapach postępowania na ten wariant. W ramach przeprowadzanego dodatkowego etapu postępowania, mogą zostać uruchomione wszystkie miejsca szkoleniowe, które nie zostały wykorzystane w ramach trybu rezydenckiego i pozarezydenckiego. Do przeprowadzania dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego mają zastosowanie odpowiednio zasady dotyczące pierwszego i drugiego etapu postępowania kwalifikacyjnego. W ramach dodatkowego etapu postępowania kwalifikacyjnego można zakwalifikować lekarzy w liczbie odpowiadającej liczbie niewykorzystanych miejsc rezydenckich pozostałych po ogłoszeniu ostatecznych list lekarzy zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Rozwiązanie to ma na celu jeszcze bardziej zwiększyć liczbę lekarzy zakwalifikowanych w priorytetowych dziedzinach medycyny.

Ponadto od 2016 r. Minister Zdrowia sukcesywnie zwiększa limity przyjęć na kierunek lekarski. Pierwsze efekty zwiększania limitów są już widoczne od jesiennego postępowania kwalifikacyjnego na specjalizacje w 2023 r., kiedy to do odbywania szkolenia specjalizacyjnego zakwalifikowano 4134 lekarzy i lekarzy dentyistów w trybie rezydenckim, czyli o 1063 lekarzy i lekarzy dentyistów więcej niż rok wcześniej i o 1239 więcej niż jesienią 2016 r. W 2024 r. liczba lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim była jeszcze większa i wyniosła łącznie w postępowaniu wiosennym i jesiennym 5925 lekarzy i lekarzy dentyistów, co w porównaniu z rokiem 2022 stanowi wzrost o 1826 lekarzy i lekarzy dentyistów zakwalifikowanych w trybie rezydenckim.

Obecnie szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim odbywa 23507 lekarzy i lekarzy dentyistów (stan na koniec II kwartału 2024 r.). W porównaniu z 2015 r. liczba lekarzy i lekarzy dentyistów w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim zwiększyła się o 7785, natomiast w porównaniu z 2020 r. liczba lekarzy i lekarzy dentyistów w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim zwiększyła się o 3 444.

W najbliższych latach liczba absolwentów kierunku lekarskiego będzie się corocznie zwiększać, a co za tym idzie zwiększać się będzie liczba lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne. Należy mieć na względzie, że im więcej lekarzy będzie odbywać szkolenie specjalizacyjne tym więcej miejsc szkoleniowych będzie zapełnianych, zatem w pewnym momencie będą musiały się zapełnić miejsca szkoleniowe również w szpitalach powiatowych.

Jednocześnie informuję, że obecnie prowadzone są prace nad rozwiązaniami, które będą ułatwiać rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego lekarzom, którzy zdecydują się na

zatrudnienie w jednostkach lub w regionach, w których występuje duże zapotrzebowanie na specjalistów z zakresu danej specjalizacji. Zatem rozwiązania te będą również wspierać część szpitali powiatowych w zakresie pozyskiwania lekarzy chętnych do odbywania w nich szkolenia specjalizacyjnego.

Jednocześnie informuję, że w zakresie funkcjonowania domów pomocy społecznej i komercyjnych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, właściwym do przekazania odpowiedzi jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, które otrzymało niniejsze stanowisko, przekazane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, celem udzielenia odpowiedzi w zakresie właściwości ww. resortu.

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

Do wiadomości:

Biuro Prezesa Rady Ministrów (pismo BPRM.512.11.14.2024 z 20 grudnia 2024 r.)