

Sytuacja w szpitalach powiatowych i miejskich – wyniki analizy przeprowadzonej przez Związek Powiatów Polskich

Bernadeta Skóbel
Warszawa, 23 sierpnia 2022 r.



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

Źródło zwiększonych kosztów po stronie szpitali w 2022 r.

29 czerwca 2022 r. weszła w życie 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, którą wprowadzono znaczące obligatoryjne podwyżki dla pracowników podmiotów leczniczych.

Dodatkowo podmioty lecznicze mierzą się z niespotykaną od lat inflacją, która wprost uderza w koszty prowadzenia działalności leczniczej, której szpitale publiczne nie są w stanie zrekompensować z działalności komercyjnej.



Cel badania ankietowego

- W ostatnich dniach lipca szpitale zaczęły otrzymywać pierwsze aneksy do umów zawartych z NFZ;
- Dyrektorzy szpitali/prezesi spółek, a w ślad za nimi kolejni starostowie zaczęli sygnalizować, że proponowana wartość kontraktów do umów nie pozwoli na sfinansowanie obligatoryjnych podwyżek w sektorze ochrony zdrowia;
- Na problem pierwsze zwróciły uwagę powiaty i szpitale z województw małopolskiego, lubelskiego, opolskiego i wielkopolskiego;
- Tych sygnałów było na tyle dużo, że nie można było tego uznać za incydentalną sytuacją dotyczącą niewielkiej grupy szpitali;
- Ankieta została rozesłana do powiatów i miast na prawach powiatu 27 lipca 2022 r. i jest nadal aktywna.



Stan na 22 sierpnia 2022 r.

- Ze 195 szpitali (zweryfikowane dane) - 145 nie jest w stanie pokryć kosztów podwyżek dla pracowników działalności medycznej i pozostałych pracowników działalności podstawowej (podwyżki obligatoryjne, wynikające z wysokości wynagrodzenia zasadniczego ustalonego ustawą);
- Dla 14 szpitali jest niedobór środków i wynosi pow. 1 mln zł miesięcznie;
- Dla 33 pow. 500 tys. do 1 mln zł miesięcznie;
- Dla 75 od 100 tys. do 500 tys.;
- Dla pozostałych poniżej 100 tys.;



Wynagrodzenia dla pracowników objętych art. 5 ustawy oraz zatrudnionych na podstawie na innej podstawie niż umowa o pracę

- Spośród 50 szpitali, z których danych wynika, że będą w stanie sfinansować podwyżki dla pracowników medycznych i pozostałych pracowników działalności podstawowej:
 - 13 szpitali wskazało, że zabraknie środków na sfinansowanie podwyżek dla pracowników administracji i pracowników technicznych;
 - kolejnych 30, że nie będzie w stanie sfinansować szacowanych podwyżek dla osób zatrudnionych na podstawie innej niż umowy o pracę;

Jest to o tyle istotna informacja, że w wielu szpitalach personel medyczny zatrudniany jest na podstawie umów cywilnoprawnych.



Narastający problem z lat poprzednich

- Od 2015 r. Ministerstwo Zdrowia i NFZ w przypadku uzgodnienia warunków podwyżek płac personelu medycznego ze stroną związkową, kierowało środki na te podwyżki osobnym strumieniem środków (poza wyceną świadczeń);
- W tym celu de facto stworzono nowy produkt kontraktowy w NFZ tzw. współczynniki korygujące koszty świadczeń (w tym dla pielęgniarek i położonych, ratowników medycznych, lekarzy, oraz wynikających ze wzrostu wynagrodzeń zasadniczych);
- Taka praktyka utrudniała ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zaciemniała skutki nieprawidłowej wyceny niektórych świadczeń medycznych oraz stawiała w gorszej sytuacji podmioty, w których kadry medyczne zatrudniane są na innej podstawie niż umowa o pracę.



Narastający problem z poprzednich lat

- Jednocześnie w **2021 r.** Minister Zdrowia w **§ 16 Ogólnych Warunków Umów** wprowadził przepis, zgodnie z którym w przypadku zwiększenia po dniu 1 lipca 2021 r. kwoty zobowiązania Funduszu, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy, wynikającego ze wzrostu:
 1. wartości taryfy świadczeń ustalonej po tym dniu,
 2. wyceny świadczeń dokonanej przez Prezesa Funduszu w trybie § 15 ust. 3 i 4,
 3. ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej,
 4. ryczału,
 5. ryczału systemu zabezpieczenia związanego ze zwiększeniem ceny jednostki sprawozdawczej lub wartości taryfy świadczeń ustalonej po dniu 1 stycznia 2022 r.
- **wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, ulega zmniejszeniu o wartość, o którą wzrosło zobowiązanie z tytułu tego wzrostu, proporcjonalnie do udziału wartości danego współczynnika w sumie wartości współczynników, o których mowa w ust. 3, 4a, 4d i 4e, do danej umowy.**



Narastający problem z poprzednich lat

- W praktyce ten mechanizm oznaczał tyle, że nawet jeżeli świadczeniodawcom zostały zagwarantowane w poprzednich latach środki na pokrycie zwiększonych kosztów wynagrodzeń, to każde późniejsze zwiększenie np. wyceny świadczeń powodowało zmniejszenie środków na te podwyżki.
- Pierwsze efekty szpitale powiatowe zobaczyły w listopadzie 2021 r. kiedy po podwyżce wyceny świadczeń w przeciętnym szpitalu łączna wysokość kontraktów nie zmieniła się ani o złotówkę.



Podwyżki 2022 r. – rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

- W odniesieniu do podwyżek wynagrodzeń w 2022 r. w czerwcu 2022 r. MZ podjęło decyzję, że zostanie podjęta próba włączenia ich w wycenę świadczeń (co do zasady jest dobrym kierunkiem);
- Nowelizacją z maja 2022 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wprowadzono art. 31ha w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Zgodnie z tym przepisem prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji po otrzymaniu zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z nadzwyczajnym wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń oraz przygotowuje raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydaje rekomendację.



Zatwierdzenie rekomendacji

13 lipca br. Minister Zdrowia zatwierdził rekomendację Prezesa Agencji w wariancie nr 2, tj.:

- **uwzględniającym wzrost najniższego wynagrodzenia** wprowadzany 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),
- **wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę,**
- **związanych z prognozą wskaźnika inflacji** w latach 2022-2023 r.,
- **symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń** wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz
- **odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji** w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.



Podwyżki 2022 r. – rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

- Metodologia jaką przyjęto w rekomendacji jest obarczona błędem?
- Być może brakło czasu, danych i czasu na przeprowadzenie symulacji wyników.
- W efekcie w systemie są podmioty, które na podwyżce wyceny świadczeń zyskają bardzo dużo i są takie, których poziom kontraktów ustalony został na poziomie zbliżonym do dotychczasowego.



MZ zwróciło uwagę na szpitale powiatowe ale ostatecznie przyjęta cena jednostki rozliczeniowej jest za niska żeby rozliczyć błędy przeszłości

- W aneksie do Raportu Agencji przy ustaleniu ceny jednostki rozliczeniowej dla PSZ (poziom systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) na poziomie 1,59 znalazł się zapis, że obszar ten traktowany jest priorytetowo, jako wymagający szczególnego dofinansowania. Zwłaszcza obszar chorób wewnętrznych, które to świadczenia stanowią podstawę działalności szpitali powiatowych, na których trudną sytuację finansową zwracana jest uwaga Ministra Zdrowia.
- Jednak wycena na poziomie 1,59 w większości szpitali powiatowych (tj. głównie szpitali I i II stopnia) nie gwarantuje możliwości sfinansowania kosztów zwiększonych wynagrodzeń z lat poprzednich, które dotąd finansowane były poprzez współczynniki oraz nowych kosztów, które pojawiły się w 2022 r.



Nieubłagana matematyka

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oszacowała, że wynagrodzenia z dodatkami i narzutami z uwzględnieniem wzrostów wynagrodzenia wynikających z ustawy o wynagrodzeniach wzrosnie o 22,25%;
- Wskaźnik dodatkowego wzrostu cen towarów i usług został określony na 4,15%;
- Łączne skutki finansowe związane z przyjętą metodyką wzrostu cen jednostek rozliczeniowych szacowane są na kwotę **18 540 mln zł, co stanowi 22,4%** kontraktu z NFZ (z wyłączeniem sumy współczynników, o których mowa w § 16 Ogólnych Warunków Umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, leków stosowanych w programach lekowych i substancji czynnych stosowanych w chemioterapii) **i nie zawierają w tym kwot dotychczasowych współczynników** korygujących dla poszczególnych świadczeniodawców;
- W praktyce dotychczasowe współczynniki zostały włączone do wyceny, a duża grupa szpitali powiatowych **zamiast realnego wzrostu** na poziomie zbliżonym do 22,4% otrzymała **wzrost kontraktu przykładowo o 3%, 6%** (w skrajnym przypadku szpitale otrzymały propozycję kontraktu w wysokości niższej niż przed 1 lipca 2022 r.).



Nieubłagana matematyka

- Jeżeli koszty pracy (z narzutami pracodawcy) w przeciętnym szpitalu powiatowym kształtują się na poziomie 70/75%, **wzrost kosztów płacy** szacowany jest na poziomie ponad **22%**, a **realny wzrost wartości kontraktu wynosi np. 7%**, pojawia się pytanie jaki manager jest w stanie sobie poradzić w takich warunkach finansowych.
- **Podpisywanie przez szpitale aneksów nie oznacza, że szpitale są zadowolone – po prostu nie mają innego wyjścia, bo podwyżki dla pracowników i tak muszą zapłacić.**
- To wszystko należy nałożyć na narastający od lat problem prowadzenia przez szpitale miejskie i powiatowe oddziałów **deficytowych (oddział chorób wewnętrznych, oddziały ginekologiczno-położnicze, chirurgia ogólna, SOR-y)**. Deficytowych w ujęciu systemowym (brak wyceny, brak aktualizacji wyceny świadczeń) a nie zarządczym.



Komentarz do tego co mówi NFZ i Agencja (cytaty z konferencji prasowej z 9 sierpnia br.)

Bernard Waśko (Zastępca Prezesa NFZ)

„To jest istota działania systemu ubezpieczeniowego, a więc systemu który działa w sposób proporcjonalny, to znaczy mówi, że im więcej świadczeń wykonasz tym więcej zapłacimy. (...) Narodowy Fundusz Zdrowia od 2018 roku praktycznie finansuje wszystkie nadwykonania, a dodatkowo mamy sytuację popandemiczną, kiedy czeka nas spłata, długu zdrowotnego zaciągniętego wobec obywateli i wobec społeczeństwa, o tym się bardzo dużo mówi.”

Roman Topór-Mądry (Prezes AOTMiT)

„Finansowanie, podmiotów leczniczych związane jest z realizacją świadczeń również jest realizacją nadwykonań, a jeśli te nadwykonania są realizowane, my analizowaliśmy z zeszłego roku jak one wyglądały to również środki, które trafiają do podmiotów.”

Komentarz ZPP

Szpital powiatowy realizują świadczenia przede wszystkim w profilach chirurgia ogólna i choroby wewnętrzne. Są to świadczenia realizowane w ramach tzw. ryczału sieciowego. Przyjęty w 2017 r. przez Ministra Zdrowia model finansowania ryczału powoduje, że realizacja przez szpital nadwykonań w tych obszarach, co do zasady pogarsza jego sytuację finansową. Efekty wprowadzenia takiego systemu finansowania były zauważalne w 2018 r. gwałtownym pogorszeniem wyników finansowych szpitali powiatowych.



Komentarz do tego co mówi NFZ i Agencja (cytaty z konferencji prasowej z 9 sierpnia br.)

Bernard Waśko (Zastępca Prezesa NFZ)

„Ja nie potrafię przejąć odpowiedzialności za decyzje zarządcze, bo rozumiem że są one podejmowane świadomie, wielokrotnie są one dla nas niezrozumiałe bo aneksy powodują wzrost finansowania o 15 prawie 17 a nawet 20 %, a mimo tego aneksy nie są podpisywane. Powód może być różny, albo dyrektorzy mają pieniądze na to żeby wypłacić wynagrodzenia w nowej wysokości i wypłacają je z własnych środków, albo mają inny pomysł na przetrwanie tej sytuacji i oczekują na to, że jeszcze jakieś dodatkowe środki wpłyną.”

Komentarz ZPP

242 szpitale sieciowe zanotowały przyrost netto wartości kontraktu nie większy niż 15%, w tym 78 nie większy niż 10% (dane przekazane przez NFZ na pytanie zadane przez stronę samorządową na sierpniowym posiedzeniu Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego), czyli o 7,5% mniej niż średni szacowany w rekomendacji wzrost wartości umów.

W szpitalach I i II stopnia koszty personelu (niezależnie od formy zatrudnienia) mają największy udział w strukturze kosztów. Nawet wzrost wartości kontraktu o 15% nie gwarantuje spełnienia oczekiwań personelu nie objętego ustawą podwyżkową.



Dziękuję za uwagę



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH