

Świadczenia gwarantowane obejmujące implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego (DAiR.521.4.2025) – uwagi do raportu spełniające wymogi formalne

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
1.	Michał Stelmański, Prezes Zarządu, Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o. o.		MCN Sp. z o.o. zapewnia wyżywienie pacjentów w ramach usług cateringowych. Na podstawie zawartej umowy stawka żywieniowa to 30,78 zł brutto (28,50 zł netto), wsad żywieniowy stanowi 16,74 zł, pozostałe koszty wycenione zostały przez usługodawcę w wysokości 14,04 zł. Umowa cateringowa podlega waloryzacji przy zmianach ogólnokrajowych dotyczących minimalnego wynagrodzenia w związku z powyższym cena brutto ulega zwiększeniu. Dlatego postulujemy o zwiększenie dofinansowania do poziomu stawki 30 zł.
			W MCN podopiecznymi są pacjentki objęte programem zaburzeń odżywiania. Z uwagi na zwiększone zapotrzebowanie energetyczne małych pacjentek koszty stawki wsadu żywieniowego powinny być wyższe, należy podwyższyć dodatek do żywienia co najmniej do stawki żywieniowej. Ponadto diety specjalne dla podopiecznych pakowane są odrębnie, co zwiększa koszty żywienia o zakup pojemników jednorazowego użycia oraz nakładu pracy pracowników zaangażowanych do wydawania posiłków.
			Dodatkowo postulujemy o włączenie do programu dofinansowania również oddziały dzienne psychiatryczne, które zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych mają obowiązek żywienia pacjentów. Są to głównie pacjenci obowiązani obowiązkiem szkolnym więc zapewnienie posiłku stanowi również formę leczenia.
			Jednocześnie postulujemy o włączenie do programu dofinansowania pacjentów przebywających w Hostel - Ośrodek Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej. Podopiecznymi tego ośrodka są małe pacjenci objęci opieką całodobową, korzystają więc z pełnego wyżywienia podobnie jak podopieczni innych oddziałów.
2.	Remigiusz Pawelczak, Prezes Zarządu Wielkopolski Związek Szpitali w Szamotułach		W związku z wprowadzeniem standardu żywienia jako elementu świadczeń gwarantowanych w ramach leczenia szpitalnego, zasadnym jest zwrócenie uwagi na istotne rozbieżności pomiędzy zakresem obowiązków nałożonych na świadczeniodawców a planowanym mechanizmem ich finansowania w taryfach JGP. W opublikowanym raporcie i projekcie taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego zaproponowano odejście od pilotażu i przyjęcie modelu żywienia jako elementu świadczenia gwarantowanego w ramach leczenia szpitalnego. Proponowane rozwiązanie istotnie zmienia sytuację finansową: • nie ma osobnej stawki „żywieniowej”; • koszt posiłków nie jest już rozliczany za osobodzień i nie ma odrębnej pozycji w finansowaniu, jest wliczony w taryfę JGP; • taryfa JGP nie wzrasta proporcjonalnie do rzeczywistej liczby dni hospitalizacji; • brak przejrzystej informacji jaka część JGP jest „na posiłek.

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag																																																																						
			W ramach pilotażu „Dobry posiłek w szpitalu” finansowanie żywienia pacjentów było realizowane w sposób transparentny i adekwatny kosztowo, poprzez dedykowaną stawkę w wysokości 25,62 zł za osobodzień pobytu pacjenta, rozliczaną niezależnie od taryf JGP. Szpital dokładnie wiedział, ile środków dostaje na jednego pacjenta na jeden dzień żywienia i to był kluczowy atut pilotażu. Skutek planowanej zmiany: wysokie i szczegółowe wymagania jakościowe dotyczące żywienia pacjentów zostały nałożone bez zapewnienia analogicznego, dedykowanego źródła finansowania, jakie funkcjonowało w pilotażu. W praktyce oznacza to, że szpitale zobowiązane będą realizować standard żywienia przy znacznie wyższych wymaganiach organizacyjnych i jakościowych, w ramach niepodniesionych proporcjonalnie taryf JGP.																																																																						
			Jednocześnie zwracamy uwagę, że standard żywienia nie różnicuje obowiązków świadczeniodawcy ze względu na długość pobytu pacjenta. Pacjent niezależnie od długości hospitalizacji musi otrzymać posiłki zgodne z normami i być objęty dietą dostosowaną do stanu klinicznego. Prezentowane w Raporcie zwiększenie taryf JGP z tytułu standardu żywienia ma charakter ryczałtowy na hospitalizację, a nie proporcjonalny do liczby osobodni, które dana grupa JGP faktycznie finansuje, a mechanizm zwiększenia taryf JGP nie pozostaje spójny z tą normatywną liczbą osobodni, co prowadzi do istotnych rozbieżności finansowych pomiędzy grupami oraz faktycznym czasem hospitalizacji pacjentów. Przykład: <table><tr><th colspan="10">Katalog grup</th><th colspan="3">RAPORT AOTMiT</th><th></th></tr><tr><th>Kod grupy</th><th>Nazwa grupy</th><th>Wartość punktowa - hospitalizacja</th><th>Wartość punktowa - hospitalizacja planowa</th><th>Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"</th><th>Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacji</th><th>Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa</th><th>Wartość punktowa hospitalizacji 1- dniowej - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa</th><th>Wartość punktowa hospitalizacji 2- dniowej - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa</th><th>Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja</th><th>Aktualna wycena (pkt) AOTMiT</th><th>dodatek do taryfy pkt (ATMiT)</th><th>dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą pkt (AOTMiT)</th><th>liczba osobodni żywienia wynikająca z Raportu AOTMiT</th></tr><tr><td>F30</td><td>Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego*</td><td>13 566</td><td>12 481</td><td></td><td>21</td><td>12 481</td><td>12 842</td><td>13 204</td><td>576</td><td>13 566</td><td>90</td><td>11</td><td>8,18</td></tr><tr><td>F42</td><td>Duże zabiegi jamy brzusznej *</td><td>7 640</td><td>7 029</td><td></td><td>13</td><td>7 029</td><td>7 233</td><td>7 436</td><td>576</td><td>7 640</td><td>55</td><td>12</td><td>4,58</td></tr><tr><td>F42O</td><td>Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*</td><td>16 225</td><td>14 927</td><td></td><td>27</td><td>14 927</td><td>15 360</td><td>15 792</td><td>576</td><td>16 225</td><td>97</td><td>11</td><td>8,82</td></tr></table> Za pacjenta rozliczonego JGP F42 przy pobycie 10 dniowym - wg AOTMiT - szpital otrzyma na żywienie 55 pkt (55 pkt * 1,96 zł = 107,8 zł, tj. 10,78 zł za osobodzień), przy pobycie 14 dniowym – 55 pkt +12 pkt (67 pkt * 1,96 zł = 131,32 zł, tj. 9,38 zł za osobodzień).	Katalog grup										RAPORT AOTMiT				Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacji	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1- dniowej - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2- dniowej - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Aktualna wycena (pkt) AOTMiT	dodatek do taryfy pkt (ATMiT)	dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą pkt (AOTMiT)	liczba osobodni żywienia wynikająca z Raportu AOTMiT	F30	Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego*	13 566	12 481		21	12 481	12 842	13 204	576	13 566	90	11	8,18	F42	Duże zabiegi jamy brzusznej *	7 640	7 029		13	7 029	7 233	7 436	576	7 640	55	12	4,58	F42O	Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	16 225	14 927		27	14 927	15 360	15 792	576	16 225	97	11	8,82
Katalog grup										RAPORT AOTMiT																																																															
Kod grupy	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowa	Wartość punktowa - "leczenie jednego dnia"	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacji	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1- dniowej - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2- dniowej - typ umowy hospitalizacji/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Aktualna wycena (pkt) AOTMiT	dodatek do taryfy pkt (ATMiT)	dodatek do osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą pkt (AOTMiT)	liczba osobodni żywienia wynikająca z Raportu AOTMiT																																																												
F30	Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego*	13 566	12 481		21	12 481	12 842	13 204	576	13 566	90	11	8,18																																																												
F42	Duże zabiegi jamy brzusznej *	7 640	7 029		13	7 029	7 233	7 436	576	7 640	55	12	4,58																																																												
F42O	Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	16 225	14 927		27	14 927	15 360	15 792	576	16 225	97	11	8,82																																																												

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			Im większa różnica pomiędzy liczbą dni finansowania grupą a propozycją dodatku do taryfy AOTMIT przeliczonego na 1 osobodzień, tym większa luka finansowa po stronie świadczeniodawcy! W rezultacie szpital zrealizuje standard żywienia w pełnym zakresie, ale finansowanie obejmie jedynie jego część. Należy wyraźnie podkreślić, że standard żywienia powinien być realizowany per rzeczywisty osobodzień pobytu pacjenta, a koszt żywienia będzie narastał liniowo z liczbą dni pobytu, a nie ryczałtowo.
			Nadto z Raportu wynika, że zwiększenie taryf JGP związane z uwzględnieniem kosztów żywienia dotyczy pełnej hospitalizacji, tj. pobytów powyżej trzech dni. Wątpliwości budzi więc finansowanie żywienia dla hospitalizacji krótkoterminowych (1- i 2-dniowych), które również objęte są pełnymi wymogami standardu żywienia. Brak transparentnej informacji, czy i w jaki sposób taryfy JGP dla hospitalizacji krótkich zostały skorygowane kosztowo, rodzi ryzyko kolejnego systemowego niedoszacowania w tej grupie świadczeń.
			W odniesieniu do przedstawionego raportu zwracamy uwagę na istotny problem systemowy związany z finansowaniem żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych rozliczających świadczenia w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Rozliczanie świadczeń w formie ryczałtu PSZ nie zapewnia szpitalom dodatkowych środków finansowych na realizację nowych lub rozszerzonych obowiązków wynikających z implementacji standardu żywienia. Ryczałt PSZ ma charakter globalny i zamknięty, a jego wysokość nie ulega automatycznemu zwiększeniu w związku z podnoszeniem standardów jakościowych, w tym w zakresie żywienia pacjentów.
			Szczególnie istotnym problemem pozostaje kwestia świadczeń wykonanych ponad wartość określoną w ryczałcie PSZ. W przypadku przyjmowania pacjentów ponad limit ryczałtu, podmioty lecznicze nie otrzymują dodatkowego finansowania, w tym również środków na pokrycie kosztów żywienia pacjentów hospitalizowanych ponad „zakontraktowany limit”. Oznacza to, że koszty żywienia tych pacjentów w całości obciążą budżet szpitala, mimo że są one nieodłącznym elementem realizacji świadczeń szpitalnych.
			Analogiczna sytuacja dotyczy świadczeń, które w świetle obowiązujących przepisów nie zostały uznane za nielimitowane. W przypadku świadczeń limitowanych, realizowanych ponad określony limit finansowy, szpitale również nie otrzymają dodatkowych środków na pokrycie kosztów żywienia pacjentów. W praktyce oznacza to brak mechanizmu finansowania standardu żywienia zarówno w ramach nadwykonań ryczałtowych PSZ, jak i w odniesieniu do świadczeń limitowanych, co prowadzi do systemowego niedoszacowania kosztów hospitalizacji. Wprowadzenie obowiązku stosowania jednolitego standardu żywienia, bez jednoczesnego zapewnienia odpowiedniego finansowania we wszystkich trybach rozliczania świadczeń (ryczałt PSZ, nadwykonania oraz świadczenia limitowane), może skutkować dalszym pogorszeniem sytuacji finansowej szpitali oraz utrudniać realne i trwałe wdrożenie standardu żywienia.
			W proponowanym kształcie mechanizm finansowania standardu żywienia: nie jest spójny z konstrukcją JGP,

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
			nie uwzględnia różnic w normatywnej liczbie osobodni finansowanych w poszczególnych grupach JGP, nie ma odrębnej pozycji w finansowaniu; dla podmiotów realizujących świadczenia w ramach PSZ, w większej części zakresów świadczeń „finansowanie” będzie mieścić się w ryczałcie; prowadzi do systemowego niedoszacowania kosztów żywienia, szczególnie w pobytach, dla których dodatek do taryfy jest mniejszy niż faktyczna liczba dni hospitalizacji a długość pobytu mieści się w liczbie dni pobytu finansowanych grupą.
			W związku z powyższym zasadne jest: powiązanie dodatku taryfowego bezpośrednio z liczbą osobodni finansowanych w danej JGP i rzeczywistą długością pobytu; wprowadzenie jednolitego, osobodniowego mechanizmu finansowania żywienia, niezależnego od JGP. Bez takiej korekty standard żywienia pozostaje rozwiązaniem niespójnym taryfikacyjnie i ekonomicznie, przenoszącym realne koszty na świadczeniodawców.
			Warto ponownie podkreślić, że w pilotażu „Dobry posiłek w szpitalu” finansowanie żywienia realizowane było w sposób jednoznaczny i adekwatny względem długości hospitalizacji, poprzez dedykowaną stawkę za osobodzień (25,62 zł) i identyczne zasady finansowania dla pobytów o różnej długości. Model ten zapewniał proporcjonalność finansowania do długości hospitalizacji i rzeczywistych kosztów. Odejście od tej konstrukcji na rzecz „wchłonięcia” uśrednionych kosztów żywienia do taryf JGP powoduje, że dla świadczeń, dla których dodatek do taryfy jest mniejszy niż faktyczna liczba dni hospitalizacji a długość pobytu mieści się w liczbie dni pobytu finansowanych grupą, występuje realna strata dla świadczeniodawcy, mimo że standard żywienia obowiązuje w pełnym zakresie. W efekcie szpitale będą dysponowały realnie niższą kwotą na żywienie pacjenta niż w pilotażu, mimo znacząco rozszerzonych obowiązków organizacyjnych i jakościowych.
3.	Alicja Skindzielewska, p.o. Dyrektora Zakładu, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy	Tabela 7 Projekt taryfy - świadczenia w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Projekt taryfy zakłada dodatek do aktualnej wyceny świadczeń odpowiednio dla poszczególnych zakresów świadczeń od 0,50 do 1,18 (pkt). Powyższe rozwiązanie sprawi, iż: 1) zapłata za wyżywienie podlegać będzie rygorom określonym w załączniku do ""rozporządzenia OWU"" - tj. następować będzie w okresach: - miesięcznych dla świadczeń, które się ""zmieszczą"" w limicie świadczeń określonych w umowie, lub - po zakończonym kwartale, jeśli świadczenie podstawowe (osobodzień) zostanie zbilansowane w ramach przesunięć po kwartale w ramach limitu umowy i tylko w przypadku możliwości zbilansowania), lub - po zakończeniu roku, o ile zostaną opłacone tzw. nadwykonania w stosunku do świadczeń, które przekroczą limit umowy i tylko wówczas, gdy te ponadlimity zostaną opłacone przez Oddział Funduszu.
		Tabela 7 c.d.	"2) dodatek dla poszczególnych świadczeniodawców będzie wartościowo (w zł) różny dla poszczególnych świadczeniodawców i zależny od wyceny punktu w danym OW NFZ, co pogłębi tylko istniejące różnice wyceny świadczeń pomiędzy OW NFZ; 3) projekt taryfy nie uwzględnia specyfiki szpitali psychiatrycznych - koszty realizacji żywienia są wyższe w przypadku szpitali z zabudową pawilonową, charakterystyczną dla szpitali psychiatrycznych;"

Lp.	Zgłaszający uwagi	Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Treść uwag
		Tabela 7 c.d.	"4) z uwagi na różną wycenę świadczeń poszczególnych zakresów i różną cenę punktu w obowiązującej umowie, wartość stawki żywieniowej różni się w poszczególnych zakresach świadczeń (w przypadku naszej jednostki jest to dodatek w wysokości od 20,21 do 23,67 za osobodzień), podczas, gdy pacjenci będą musieli uzyskać jednorodne żywienie (szpital zapewnia jednorodną dietę niezależnie od miejsca pobytu pacjenta w chwili obecnej projekt taryfy tego warunku nie zapewnia); 5) zaproponowana wycena nie pokrywa rzeczywistych kosztów realizacji świadczenia dodatkowego. Przedstawiamy kalkulację kosztów żywienia w jednostce, w naszej ocenie stawka osobodnia żywieniowego powinna być na poziomie nie niższym niż: 32,16 zł niezależnie od zakresu świadczeń."
4.	Tomasz Piwowarczyk, Kierownik Działu Rachunkowości Zarządczej i Analiz, Szpital Uniwersytecki w Krakowie	Str. 17	Raport opisuje, że koszty przeliczono na punkty używając ceny jednostki rozliczeniowej właściwej dla danego świadczeniodawcy i zakresu (od lipca 2025), a następnie uśredniono w ramach produktów. Merytorycznie niesie to ryzyko "punkt" staje się tu pochodną aktualnej ceny kontraktowej, a nie czystego kosztu, uśrednianie punktów policzonych przy różnych cenach jednostki może dawać wynik trudny do odtworzenia i weryfikacji (raport nie pokazuje rozkładu cen, wag). Dodatkowo w analizie wpływu na budżet raport sam wskazuje mechanikę "liczba świadczeń × średnia cena punktu w danym zakresie" co może rozmyjać się z tym, jak dodatek w punktach został skonstruowany (na bazie cen z lipca 2025, a analiza wpływu na budżet na bazie wykonania 2024).
		Str. 11	"Raport podaje, że produkty objęte dodatkiem obejmują 43,5 mln dni żywienia. Jednocześnie stawka dodatku to 20,90 zł/dzień (dorośli, dzieci i młodzież) oraz 23,50 zł/dzień (ciąża/laktacja). W rozdz. 5.1 podano łączny wpływ na budżet: 895,5 mln zł. Rachunkowo: samo 43,5 mln × 20,90 zł = 909,15 mln zł, czyli więcej niż 895,5 mln zł. a ponieważ część dni ma stawkę 23,50 zł, wynik powinien być ≥ 909,15 mln zł, jeśli 43,5 mln dni to ta sama baza dni co w analizie wpływu na budżet. Oznacza to, że co najmniej jedna z liczb (43,5 mln dni / zastosowana stawka / 895,5 mln zł) nie odnosi się do tej samej populacji po tych samych włączeniach, albo jest tu błąd rachunkowy (brakuje też pokazania, ile dni finalnie weszło do kalkulacji budżetowej)."
		Str. 15	Standard żywienia nie sprowadza się tylko do zakupu jedzenia. Nakłada też obowiązki organizacyjne i kontroli jakości, np. układanie jadłospisów na cykle, dokumentowanie, sprawdzanie gramatur, oceny jakości, ankiety pacjentów, publikacje na stronie, itp. W raporcie dodatek do taryfy policzono głównie jako koszty twarde: żywność + praca personelu + woda (czyli rzeczy bezpośrednio związane z posiłkiem). W kosztach pracy dietetyka raport przyjął zasadę, że dietetyk kosztuje tylko w takim stopniu, w jakim w pilotażu była rozliczana/wykazywana porada żywieniowa. Problem w tym, że w standardzie dietetyk może mieć pracę dla wszystkich pacjentów objętych standardem, nawet jeśli nie ma formalnie porady odnotowanej przy danym pacjencie. Stąd dietetyk wykonując pracę systemową (jadłospisy, nadzór, kontrola, dokumentacja), a raport liczy jego koszt jakby działał tylko tam, gdzie jest porada. Taki sposób wazenia może zaniżyć koszt dodatku, ponieważ część realnej pracy (organizacja + kontrola jakości) może nie być w pełni wliczona w stawkę.