



Ministerstwo Zdrowia



Departament
Lecznictwa

DLF.054.46.2024.DP
Warszawa, 29 sierpnia 2024

Pan
Andrzej Sokołowski
Prezes Zarządu
Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Pana pismem z dnia 22 sierpnia 2024 r. w sprawie wprowadzenia zmian w zakresie zachowania płynności finansowania świadczeń realizowanych na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Na wstępie 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.), zgodnie z którymi wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
- § 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 Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Powyższe oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy.

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 oddziału wojewódzkiego Funduszu, 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 i wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w kontekście poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, zakontraktowaniem większej liczby świadczeń i opłaceniem tzw. nadwykonań. Jednocześnie pragnę wskazać, że zgodnie z zarządzeniem Nr 24/2024/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2024 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2024 rok, zabezpieczone zostały środki finansowe w kwocie 2 237 597 tys. zł, pozwalające na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w 2023 r. ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w limitowanych i nielimitowanych zakresach świadczeń.

Ponadto zmiana planu finansowego NFZ na 2024 r., zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 maja 2024 r. pozwoliła m.in. na zwiększenie nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 5 076 991 tys. zł.

Należy również wskazać, że Minister Finansów wyemitował i przekazał NFZ obligacje skarbowe o wartości 3 mld złotych. Fundusze pozyskane po sprzedaży tych obligacji skarbowych zostaną przeznaczone na konkretne obszary świadczeń, m.in.:

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

Jednocześnie decyzją Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia otrzyma o 2 mld zł wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń. W dniu 20.06.2024 r. do OW NFZ została przekazana pierwsza transza ww. dodatkowych środków z przeznaczeniem na sfinansowanie świadczeń ponadlimitowych w łącznej kwocie 1 246 mln zł.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotował na zlecenie Ministra Zdrowia rekomendację Nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższa rekomendacja Prezesa AOTMiT po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia w dniu 13 czerwca 2024 r. została opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT.

Należy podkreślić, że Minister Zdrowia zatwierdziła do realizacji najkorzystniejszy dla świadczeniodawców wariant ww. rekomendacji, uwzględniający we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy 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. 2139) 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 efekcie powyższego procesu, zgodnie z danymi przekazanymi przez Centralę NFZ, aneksowaniem objęto 35 687 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zwiększając ich wartość na II półroczu 2024 r. o 7 856 969 981,23 zł tj. o 10,71%.

Pragnę również poinformować, że skracanie czasu oczekiwania jest jednym z głównych priorytetów Ministra Zdrowia, dlatego działania mające na celu zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej podejmowane są systematycznie.

Jednym z najważniejszych prowadzonych obecnie kierunków działań, jest zniesienie ograniczeń w zakresie limitów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, co pozwoli na zwiększenie liczby udzielanych świadczeń i skrócenie czasów oczekiwania. Od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity w zakresie opieki paliatywnej (tj. finansowanie leczenia pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, w hospicjum domowym oraz w poradni medycyny paliatywnej).

Planowane jest także zniesienie limitów w leczeniu szpitalnym. Podjęcie decyzji dotyczącej zniesienia limitów w leczeniu szpitalnym będzie poprzedzone wypracowaniem rozwiązań pozwalających na „odwrócenie obecnej piramidy świadczeń”, mających na celu zmianę struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego oraz wyeliminowanie bodźców do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych, a tym samym osiągnięcie redukcji kosztów opieki. Niezbędne prace prowadzone są w uruchomionym z dniem 1 stycznia 2024 r. projekcie „Odwrócona Piramida Świadczeń”. W ramach projektu zostaną między innymi wskazane świadczenia, które mogą być realizowane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), wypracowane mechanizmy umożliwiające płaćenie za wynik (paying

for performance) oraz dostosowanie płatności do stopnia złożoności przypadku i wartości środków niezbędnych do jego realizacji. Działania projektowe mają także na celu między innymi opracowanie rozwiązań (przede wszystkim budowę pakietów diagnostycznych w AOS, które zastąpią fragmentarycznie udzielane porady) dla poszczególnych zakresów świadczeń. Pozwolą one na realizację profilaktyki, diagnostyki i leczenia najbliższej pacjenta, tj. w ramach współpracy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz odciążenie szpitali z procedur, które mogą być realizowane na niższych poziomach.

Mając na względzie powyższe pragnę zapewnić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, nieustannie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej podmiotów leczniczych, również poprzez uruchamianie dodatkowych środków umożliwiających finansowanie świadczeń ponadlimitowych.

Z wyrazami szacunku

Michał Dzięgielewski
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/