



GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 31.12.10

nr. 7060 podpis.....

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 -12- 27

MZ-UZ-F-070-22298-2/MM/10

dot. DPS/DSK-043-3150/10

SEKRETARIAZ
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 3.12.10
nr. 17 podpis.....

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Senatorski Pełnomocnik

W związku z oświadczeniem złożonym przez Senatora Jana Dobrzyńskiego na 66 posiedzeniu Senatu w dniu 25 listopada 2010 r., w sprawie „niedofinansowania placówek leczących dzieci chore na nowotwory”, przesłanym przy piśmie Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 grudnia 2010 r., znak: DSPA-4813-411-(1)/10, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Pragnę poinformować, że zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast zgodnie z art. 107 ust. 5 do zadań dyrektora OW NFZ należy m.in. efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału oraz zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że planowanie środków na poszczególne zakresy świadczeń w ramach planu finansowego oddziału wojewódzkiego należy do kompetencji dyrektora tego oddziału. Również w zakresie kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego

Funduszu leży, zgodnie z art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, możliwość dokonywania przesunięć w ramach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym tego oddziału.

Uwzględniając powyższe, w związku z pismem Pana Senatora, Minister Zdrowia wystąpił do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie. Z informacji przekazanych przez Prezesa NFZ wynika, że wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Finansowanie przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez świadczeniodawcę odbywa się zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno udzielone ze względu na zagrożenie życia i zdrowia, jak i tzw. planowe, wskazane przez świadczeniodawcę do rozliczeń, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo – finansowym stanowiącym załącznik do umowy.

W świetle powyższego, kierowane do Funduszu roszczenia świadczeniodawców o zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie mogą być uznane za zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do pytania „ilu placówkom szpitalnym w Polsce NFZ zalega z wypłatą pieniędzy za tak zwane nadwykonania” Prezes NFZ poinformował, że oddziały wojewódzkie NFZ na bieżąco, w terminach ustalonych przepisami § 23 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), regulują wszystkie zobowiązania wobec świadczeniodawców wynikające z realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z informacji sprawozdawczych przekazanych przez świadczeniodawców do oddziałów wojewódzkich NFZ za 10 miesięcy 2010 r. wynika, że świadczeniodawcy wykonali świadczenia ponad wartości określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju „leczenie szpitalne” w łącznej wysokości 1.622.261,4 tys. zł, równocześnie wykazując w ww. okresie niewykonanie zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju świadczeń o łącznej wartości 581.085,26 tys. zł.

W związku z powyższym, w celu jak najlepszego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w tych obszarach, w których występuje na nie największe zapotrzebowanie

oraz w celu pełnego wykorzystania środków finansowych ujętych w planie finansowym NFZ na 2010 rok, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ dokonują w trakcie roku renegocjacji wartości kontraktów ze świadczeniodawcami.

Odnośnie pytania dotyczącego finansowania świadczeń onkologicznych, a w szczególności dla dzieci, Prezes Funduszu poinformował, że zgodnie z treścią § 4 ust. 7 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, stanowiącej załącznik nr 2a do Zarządzenia Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. z późn. zm. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju „leczenie szpitalne”, „w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup, o których mowa w § 16 ust. 2 ww. zarządzenia (dotyczy m.in. świadczeń onkologicznych), przekroczy kwotę, o której mowa w ust. 6 (kwota zobowiązania określona dla tej grupy świadczeń), na wniosek świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy”.

Wobec powyższego spełnienie przez świadczeniodawcę wymogu złożenia na koniec kwartału do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ wniosku, o którym mowa powyżej, jest warunkiem dokonania zmiany umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych uwzględniającej zwiększenie zarówno liczby jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach, jak i zwiększenie kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy oddziału Funduszu wobec tego świadczeniodawcy.

W odniesieniu do istniejącego obecnie problemu tzw. nadwykonań pragnę poinformować, że zgodnie z przepisami art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do wysokości limitów określonych umową. Natomiast możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową może być rozważane w konkretnej sytuacji, wynikającej m.in. z dysponowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowymi środkami finansowymi.

Powyższe wynika również z konstrukcji przepisów art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którymi plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Jednocześnie, zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, łączna suma zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do kwestii udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców należy zwrócić uwagę, że umowa pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą zawarta na okres oznaczony (np. na rok) nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielania świadczeń przez cały ten okres. Kolejność udzielania tych świadczeń zależy od ich rodzaju. Nie ulega wątpliwości, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanach nagłych bądź kwalifikujące się do grupy świadczeń tzw. „nielimitowanych” (m.in. porody, leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych, populacyjne badania przesiewowe), powinny być udzielane przez świadczeniodawców niezwłocznie oraz bezwzględnie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy jednocześnie pamiętać, że duża liczba świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców nie powinna być zaliczana do ww. świadczeń w stanach nagłych lub „nielimitowanych”. W takich przypadkach, stosownie do przepisów art. 20-23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia list oczekujących na planowe świadczenia. W związku z powyższym, kierujący placówką lub inne osoby odpowiedzialne za organizację pracy zakładu opieki zdrowotnej powinny uwzględnić w ramach ustalonego planu umowy zarówno realizację świadczeń planowych, jak i nagłych – w odpowiednich częściach. Kwestia ta powinna być rozważana w odniesieniu do konkretnego zakładu opieki zdrowotnej i ma bezpośredni związek z jakością zarządzania tym zakładem.

2

Powinno być

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Cezary Rzemek