



Prezes
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Znak: D502/09/09/0146/AH
D502-073-0058106

Warszawa, 26.09.2006

KANCELARIA SENATU
BIURO PREZYDIALNE

Dział Ogólny
wpłynęło dn. 29.09.2006
nr 442 podpis. M

Szanowny Pan

Ryszard Legutko

Wicemarszałek Senatu

SECRETARIAT 2.10.05
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 29.09.2006
nr 706-1 podpis. M
Rzeczypospolitej Polskiej

W nawiązaniu do pisma z dnia 30 sierpnia br. (znak: BPS/DSK-043-610/06), dotyczącego oświadczenia złożonego przez senatora Antoniego Motyczkę podczas 17 posiedzenia Senatu RP, uprzejmie informuję, że:

środki finansowe, jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia, są ograniczone i pochodzą przede wszystkim z należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Podziału w/w środków między oddziały wojewódzkie dokonuje Fundusz w oparciu o zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz.U. Nr 148, poz. 1232). W toku postępowania o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie bądź rodzaju świadczeń, oddział wojewódzki Funduszu może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, zgodnie z treścią art. 142 ust. 4 pkt. 5) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Podkreślić należy, że Centrala NFZ na bieżąco monitoruje sytuację finansową oddziałów wojewódzkich i w miarę pojawiania się nowych, dodatkowych możliwości finansowych, podejmuje stosowne działania, w celu optymalnego wykorzystania dostępnych środków finansowych tj. jak najlepszego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w kraju.

Z uwagi na odnotowane w I półroczu br. wyższe niż planowane przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, mimo konieczności sfinansowania w bieżącym roku przez NFZ jednocześnie skutków uchwały składu 7 sędziów SN z dnia 30 marca 2006 r. (sygn. Akt III CZP 130/05) oraz ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o *przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń* (Dz. U. Nr 146, poz. 1076), Fundusz dokonał kilku zmian planu finansowego. Polegały one na stopniowym zwiększeniu planu kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich w łącznej wysokości 1.886 mln. zł., w tym Śląskiego OW NFZ o 240 mln. zł. Dokonane w ciągu 9 miesięcy br. zmiany planu kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu zwiększyły możliwości finansowe oddziałów w zakresie zakupu świadczeń zdrowotnych. Wydatkowanie dodatkowych kwot, pochodzących z kolejnych zmian planu finansowego odbywa się na drodze aneksowania umów ze świadczeniodawcami. Ich dystrybucja, w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, jest poprzedzona szczegółową analizą dotychczasowej realizacji umów, potrzeb ubezpieczonych w zakresie poszczególnych świadczeń oraz możliwości finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Niniejsze działania umożliwiły Śląskiemu OW NFZ dwukrotne przeprowadzenie w II kwartale br. renegotjacji umowy w rodzaju: leczenie szpitalne, zawartej z SP Szpitalem Klinicznym nr 7 ŚAM w Katowicach:

- w czerwcu zwiększono wartość umowy o kwotę 10.450 zł.,
- w lipcu zwiększono wartość umowy o kwotę 2.749.570 zł.

Równocześnie pragnę podkreślić, że wartość 110.561.710, zamieszczona w oświadczeniu Pana Senatora, odpowiada wielkości kontraktu zawartego w styczniu br. tylko w jednym rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne (w chwili obecnej zwiększonego do ponad 113 mln. zł.), natomiast w styczniu 2005 r. umowa w tym rodzaju świadczeń wynosiła 110.505.400 zł. i w wyniku prowadzonych renegotjacji osiągnęła w grudniu wielkość 114.996.170 zł.

Z danych przekazanych przez SP Szpital Kliniczny nr 7 ŚAM w Katowicach nie wynika, że „kwota ta pozwala jedynie na leczenie nagłych przypadków oraz pomoc osobom w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, a w dużym stopniu wyklucza realizację zabiegów w tzw. trybie planowym”. Pragnę zauważyć, że w okresie styczeń – sierpień br. świadczenia ratujące życie stanowiły w oddziałach kardiologicznych w/w jednostki jedynie 49,7% wszystkich wykonywanych świadczeń, natomiast w oddziałach: neurologicznym – 26,4%; intensywnej terapii 66,2%; chirurgii naczyniowej – 3,5%; kardiochirurgii – 19,9%.

Odnosząc się do kwestii kolejek oczekujących pacjentów pragnę poinformować, że zgodnie z art. 20 i 30 powołanej wyżej ustawy, „świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala

spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, a „świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach (...) są udzielane według kolejności zgłoszenia”. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń, istnieje możliwość wprowadzenia przez świadczeniodawcę procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń, na co wskazuje art. 19 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408). W takim jednak przypadku „pacjent ma prawo (...) do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń”. Stanowi o tym także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 200, poz. 1661), zgodnie z którym „świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (...), na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej” i kwalifikuje go do jednej z kategorii medycznych: przypadek pilny lub stabilny.

W odniesieniu do poruszanych przez Pana Senatora kwestii organizacyjnych, związanych z SP Szpitalem Klinicznym nr 7 ŚAM w Katowicach, a skutkujących: „obłożeniem jedynie połowy łóżek”, „brakiem zajęcia doskonale wyszkolonego personelu”, „nieużywaniem bardzo drogiego sprzętu”, należy stwierdzić, że stan taki stanowi dla podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przesłankę do postępowania kontrolnego, niezależnie od stanowiska organu założycielskiego w/w szpitala w tej sprawie.

Biorąc powyższe pod uwagę, Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), przeprowadzi kontrolę, ze szczególnym uwzględnieniem zasadności i prawidłowości realizacji oraz rozliczania w 2006 roku procedur szpitalnych zrealizowanych przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem, podziału na świadczenia ratujące życie i świadczenia planowe wykonane w klinikach: kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii ogólnej i naczyń, neurologii, ortopedii i traumatologii narządów ruchu oraz oddziale intensywnej terapii.

O wynikach kontroli poinformuję Pana Senatora odrębnym pismem.

Jednocześnie pragnę zapewnić, że Narodowy Fundusz Zdrowia dokłada wszelkich starań, aby w miarę swoich możliwości finansowych zaspokajać potrzeby zdrowotne ubezpieczonych jak i oczekiwania świadczeniodawców.

J. P. Wójcicki
PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
Andrzej Sośnierz