



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-OP-070-6485-2/BR/06

BPS

KANCELARIA SENATU
BIURO PRYZYDIALNE
wpłynęło dn. 3.10.06
nr. 5296 podpis.....

Warszawa, 2006 -10- 05

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

~~SECRETARIA~~
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 10.10.06
nr. 7373 podpis.....

Bogdan Borusewicz

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Senatora Antoniego Motyczki, przekazane przy piśmie Pana Marszałka Senatu RP, z dnia 30 sierpnia 2006 roku, znak: BPS/DSK-043-593/06, dotyczące ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.).

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 i 2 cytowanej ustawy do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak również przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Podstawowym zadaniem Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest, w ramach posiadanych środków finansowych, zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego województwa. Tak, więc określony przychód NFZ stanowi o możliwościach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z przepisem art. 118 przytoczonej ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, sporządza zrównoważony w zakresie wpływów i wydatków plan finansowy Funduszu. W planie

finansowym Funduszu określa się, w rozbiciu na oddziały wojewódzkie Funduszu, wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec ściśle określonych środków finansowych, w każdej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych jest zawarta kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (art. 136 ustawy), a suma wszystkich kwot zobowiązania płatnika świadczeń wobec realizatorów danego rodzaju świadczeń, zgodnie z przepisem art. 132 ust. 5 wskazanej na wstępie ustawy, nie może przekroczyć wysokości środków finansowych przeznaczonych na ten cel w planie finansowym Funduszu na konkretny rok budżetowy.

Z wyjaśnień przekazanych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że na bieżąco monitorowana jest sytuacja finansowa oddziałów wojewódzkich NFZ i w miarę pojawiających się nowych, dodatkowych możliwości finansowych podejmowane są działania w celu optymalnego wykorzystania dostępnych środków finansowanych, a co za tym idzie jak najlepszego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w kraju.

W związku z tym, iż przychody Funduszu w I półroczu br. były wyższe niż planowano, dokonano kilku zmian planu finansowego polegających na stopniowym zwiększaniu planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich w łącznej wysokości 1.886 mln. zł, w tym Śląskiego OW NFZ o 240 mln. zł.

Niniejsze działania umożliwiły między innymi Śląskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ dwukrotne przeprowadzenie w II kwartale br. renegocjacji umowy w rodzaju: leczenie szpitalne, zawartej z SP Szpitalem Klinicznym nr 7 ŚAM w Katowicach.

Odnosząc się do wskazanej przez Pana Senatora wartości kontraktu - 110.561.710 zł, zawartego na 2006 rok, należy zauważyć, że wskazana wartość odpowiada wielkości kontraktu zawartego w styczniu br. tylko w jednym rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, przy czym w chwili obecnej zwiększona została do ponad 113 mln. zł. Ponadto NFZ informuje, że z danych przekazywanych przez wskazany powyżej Szpital Kliniczny nie wynika, że wskazana kwota kontraktu pozwala jedynie na leczenie nagłych przypadków oraz pomoc osobom w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, co wyklucza realizację zabiegów w tzw. trybie planowym. Jednocześnie z informacji przekazanych przez NFZ wynika, że w okresie od stycznia do sierpnia br. świadczenia ratujące życie stanowiły:

1. w oddziałach kardiologicznych – 49,7% wszystkich wykonywanych świadczeń,
2. w oddziałach neurologicznych – 26,4% wszystkich wykonywanych świadczeń,
3. w oddziałach intensywnej terapii – 66,2% wszystkich wykonywanych świadczeń,
4. w oddziałach chirurgii naczyniowej – 3,5% wszystkich wykonywanych świadczeń,

5. w oddziałach kardiologii – 19,9% wszystkich wykonywanych świadczeń.

Odnosząc się do problemu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej uprzejmie wyjaśniam, że wszyscy świadczeniobiorcy, tj. osoby ubezpieczone oraz inne osoby, które spełniają wskazane w wyżej cytowanej ustawie wymogi, mają prawo do takich samych świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych są zgodnie z przepisem art. 132 ust. 1 wskazanej ustawy udzielane przez świadczeniodawców związanych z Narodowym Funduszem Zdrowia umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozwiązanie to stanowi pełną realizację ustawowego prawa do swobodnego i nieograniczonego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawa wyboru świadczeniodawców, spośród tych którzy zawarli umowę z NFZ.

Ponadto zgodnie z art. 20 ust. 1 cytowanej na wstępie ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawcy prowadzą w oparciu o kryteria medyczne. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeśli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie – o czym stanowi art. 20 ust. 7 wskazanej ustawy. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są niezwłocznie (art. 19 ust. 1 przywołanej ustawy).

Jednocześnie uprzejmie informuję, że świadczeniobiorcy przysługuje prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej spośród świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe prawo umożliwia dokonanie wyboru świadczeniodawcy, u którego czas oczekiwania na określone świadczenie opieki zdrowotnej jest najkrótszy. Informacje o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, średnim czasie oczekiwania na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej, liczbie osób oczekujących i prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, są udzielane świadczeniobiorcy, na jego żądanie przez Oddział Wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - na podstawie art. 23 ust 3 powołanej powyżej ustawy. Średni czas oczekiwania i liczbę osób

oczekujących u poszczególnych świadczeniodawców na terenie wybranego województwa można również ustalić korzystając z internetowego serwisu Funduszu, zamieszczonego na stronach witryny internetowej NFZ: www.nfz.gov.pl.

Odnosząc się do wskazanych przez Pana Senatora kwestii dotyczących sposobu organizacji pracy w Szpitalu Klinicznym nr 7 ŚAM w Katowicach, a skutkujących obłożeniem jedynie połowy łóżek, brakiem zajęcia doskonale wyszkolonego personelu medycznego oraz nieużywaniem bardzo drogiego sprzętu uprzejmie wyjaśniam, że stanowią one dla podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przesłankę do podjęcia postępowania kontrolnego.

W związku z powyższym Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ zobowiązał się do przeprowadzenia kontroli, 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 i traumatologii narządów ruchu oraz oddziale intensywnej terapii.

Przedstawiając powyższe pragnę poinformować Pana Senatora, że wszelkie aktualnie podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia działania mają na celu stworzenie takiego systemu ochrony zdrowia, który zapewni pełną realizację zasady solidaryzmu społecznego oraz równego dostępu obywateli naszego państwa do świadczeń opieki zdrowotnej, jak też będzie przyjazny zarówno dla pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia.

2 wypracowania numer 2

z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Bolésław Piecha