



KANCELARIA SENATU  
BIURO PREZYDIALNE

wpłynęło dn. 11.05.06

nr. 2703 podpis.....

Warszawa, 2006-05-09

**MINISTER ZDROWIA**

MZ-UZ-F-070-5192-1/MC/06

11.05.06  
SEKRETARIAT  
Biura Frac Senackich  
Wpłynęło dn. 15.05.06  
nr. 3265 podpis.....

**Pan**

**Bogdan Borusewicz**

**Marszałek Senatu**

**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Nowowy Rome Dworkin*

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Zbigniewa Szaleńca, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożone na 9 posiedzeniu Senatu w dniu 20 kwietnia 2006 r., w sprawie nowego systemu rozliczeń w Pakiecie Świadczeniodawcy wprowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przesłane przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 25 kwietnia 2006 r., znak: BPS/DSK-043-278/06, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do wprowadzonych przez Fundusz zmian w aplikacji Pakiet Świadczeniodawcy uprzejmie informuję, iż z wyjaśnień w przedmiotowej sprawie otrzymanych z Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że aktualnie obowiązujący system sprawozdawczości prowadzonej w ww. aplikacji dla lecznictwa zamkniętego, podobnie jak w latach poprzednich, umożliwia przekazywanie oddziałom wojewódzkim NFZ przez świadczeniodawców informacji o wszystkich zrealizowanych świadczeniach, w tym także wykonanych ponad limit określony w umowie. Wprowadzona zmiana dotyczy jedynie konieczności wskazywania przez świadczeniodawcę w sprawozdaniach finansowych świadczeń, które zostaną sfinansowane w ramach kwoty przedstawionej w fakturze (do wartości limitu określonego umową). Aplikacja pozwala na wyselekcjonowanie w dowolnej kolejności świadczeń, które zostaną wykazane na fakturze i za które zostanie zrealizowana zapłata. Ponadto aplikacja zawiera - konfigurowane przez świadczeniodawcę według jego reguł - mechanizmy wspomagające świadczeniodawcę w odznaczeniu świadczeń przeznaczonych do zapłaty (oznaczenie grupowe). Podkreślić należy, że mechanizm ten jest opcjonalny i w ogóle może nie być wykorzystywany przez świadczeniodawcę. W takim

przypadku wskazanie świadczeń objętych fakturą odbywa się na zasadzie zaznaczania przez świadczeniodawcę dowolnych świadczeń pojedynczo.

Mając powyższe na uwadze stwierdzam, że program w pierwszej kolejności rozlicza procedury ratujące życie, dopiero w następnej świadczenia planowe, należy uznać za nieuzasadnione.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że kwestię udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ich zakres oraz zasady i tryb finansowania regulują przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) oraz przepisy wykonawcze wydane na podstawie delegacji zawartych w tejże ustawie. Zgodnie z art. 132 ustawy o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielanie świadczeń, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, przy czym wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Ostatni warunek jest konsekwencją zasady gospodarowania Funduszu opartej o plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (art. 118 ust. 1 ustawy). Warunek ten w każdej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem przyjmuje formę określenia kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (art. 136 pkt 5 ustawy).

Ponadto uprzejmie informuję, że na podstawie delegacji zawartej w art. 137 ust. 10 ww. ustawy Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), zgodnie z którym:

- świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w rozporządzeniu (§ 5 pkt 1 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia);
- świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem (§ 9 pkt 1 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia);
- Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń wykonanych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej

w umowie (§ 13 pkt 1 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia). Oznacza to, że kwota ta może być określona inaczej niż jako 1/12 rocznej kwoty umowy.

Zgodnie z § 22 pkt 1 załącznika do ww. rozporządzenia podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, zawierającym informacje o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym (§ 1 pkt 10 przedmiotowego załącznika). Podkreślić należy, że świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu, będącego podstawą wystawienia rachunku.

*z opinii rocznej*

Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU

*Bolesław Piecha*