

- koszty świadczeń z lat ubiegłych – 13 000 tys. zł

Środki skierowane na leczenie szpitalne przeznaczone zostaną na zabezpieczenie dostępności do nowych programów lekowych (m.in. leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych), chemioterapii oraz świadczeń nielimitowanych (zawały, porody, przeszczepy). Kwota 13 000 tys. zł przeznaczona zostanie na częściowe sfinansowanie nadwykonań za 2009 rok oznaczonych jako ratujące życie.

Największa kwota 112 158 tys. zł została skierowana na pokrycie niedoboru środków przeznaczonych w planie finansowym na refundację cen leków. Za okres 5 miesięcy 2010 r. koszty refundacji cen leków wyniosły 194 mln zł i przekroczyły plan finansowy o kwotę 47 mln zł co oznacza, że do końca roku zabraknie na ten cel 112 mln zł. W tej sytuacji przeznaczenie dodatkowych środków na ten cel jest koniecznością. Niedobór w refundacji cen leków został spowodowany przesunięciem środków w planie finansowym z refundacji cen leków do lecznictwa szpitalnego. W efekcie tego przesunięcia przewyżnione zostały problemy w negocjowaniu wartości umów ze szpitalami na 2010 rok, szpitale otrzymały większe o ok. 10% kontrakty od wcześniej zaproponowanych i podpisały aneksy do umów.

Zgodnie z informacją Dyrektora Lubelskiego OW NFZ, aktualnie Lubelski Oddział NFZ bez problemów finansuje świadczenia zdrowotne realizowane przez Szpitale w ramach obowiązujących umów terminowo przekazując środki finansowe.

W dniu 6 lipca 2010 r. została zatwierdzona zmiana planu finansowego NFZ na 2010 rok, w wyniku której plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Lubelskiego OW NFZ został zwiększony o kwotę 137.488 tys. zł. Z informacji Dyrektora Lubelskiego OW NFZ wynika, że Oddział podejmie działania zmierzające do rozliczenia części nadwykonań w granicach zaproponowanej na ten cel kwoty 13 mln zł.

Ponadto uprzejmie informuję, 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 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, możliwość dokonywania przesunięć w ramach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym tego oddziału.

Ponadto 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, 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.

Odnosząc się do podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, iż przedmiotową kwestię regulują szczegółowo przepisy 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.), w szczególności art. 118 oraz przepisy wydane na podstawie delegacji określonej w art. 119 przedmiotowej ustawy, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 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 193, poz. 1495).

Pragnę jednocześnie zwrócić uwagę, że dokonana w ostatnim czasie zmiana przepisów dotyczących zasad podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ doprowadziła do istotnej modyfikacji sposobu podziału środków, a jednym z beneficjentów tej zmiany jest Lubelski OW NFZ. Wpływ tej zmiany na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na Lubelszczyźnie będzie bardziej widoczny w kolejnych latach wraz ze wzrostem ogólnej puli środków będącej w dyspozycji NFZ, który umożliwi większy wzrost udziału Lubelskiego OW NFZ w finansowaniu świadczeń.

?

powierzon

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Cezary Kzemek