



# MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010-02-05

MZ-UZ-F-746-18693-3/ES/10

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 9.02.2010.

nr 705 podpis *Borusewicz*

Pan

**Bogdan Borusewicz**

**Marszałek Senatu RP**

*Stanisław Paweł Karski*

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Ryszarda Góreckiego, Senatora RP, złożone na 46 posiedzeniu Senatu w dniu 17 grudnia 2009 roku, w sprawie *aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia w woj. warmińsko-mazurskim*, przekazane przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 22 grudnia 2009 r., znak: BPS/DSK-043-2257/09, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

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. Ww. zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 107 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), gdyż właśnie oni posiadają najpełniejszą wiedzę dotyczącą zapotrzebowania na liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych w danym regionie, przy jednoczesnej odpowiedzialności za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi kierowanych przez siebie oddziałów.

W związku z powyższym w ramach nadzoru sprawowanego nad Narodowym Funduszem Zdrowia Minister Zdrowia zwrócił się do Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się do sytuacji w zakresie finansowania leczenia psychiatrycznego i leczenia uzależnień, według informacji dyrektora Oddziału, rozmowy na temat finansowania świadczeń w ww. rodzaju, były prowadzone od marca 2009 r. Oddział przyjął ostatecznie rozwiązanie podwyższenia ceny osobodnia w lecznictwie stacjonarnym (oddziały szpitalne) w drodze podniesienia ceny punktu z 8,70 zł do 9,60 zł. Dyrektor Oddziału poinformował ponadto, że wszyscy świadczeniodawcy podpisali protokoły renegotjacji na 2010 rok.

Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę, iż zawieranie przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań (art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Zgodnie z art. 148 przedmiotowej ustawy, porównanie ofert w toku postępowania konkursowego obejmuje między innymi: jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie, liczbę oferowanych świadczeń oraz ich cenę, która zgodnie z art. 142 ust. 6 ww. ustawy może być przedmiotem negocjacji.

Przy rozpatrywaniu wysokości ceny jednostki rozliczeniowej, istotne są również możliwości finansowe Funduszu, a efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziałów, zgodnie z treścią art. 107 ust. 5 pkt 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, należy do zadań dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

W związku z powyższym mogą wystąpić różnice w cenie w kontraktach zawieranych ze świadczeniodawcami.

Odnosząc się do sprawy nadwykonań, uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisami art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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.

Jednocześnie pragnę poinformować, 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.

z powołaniem

z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

Cezary Rzemek