



*J. Kuciński U. Ober*  
S E K R E T A R I A T  
Biura Prac Senackich  
wpłynęło dn. *02.12.2010*, zał.....  
nr. *9529*..... podpis.....

GABINET MARSZAŁKA SENATU  
wpłynęło dn. *1.12.20.*.....  
nr. *6168*..... podpis.....

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010-11-30

MZ-UZ-F-070-22155-1/MM/10

Pan  
Bogdan Borusewicz  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Gracjusz Ryszard Marszałek*

W związku z oświadczeniem złożonym przez Senatora Ryszarda Góreckiego na 64 posiedzeniu Senatu w dniu 4 listopada 2010 r., w sprawie „wsparcia finansowego Zakładu Opieki zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko – Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie”, przesłanym przy piśmie Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 listopada 2010 r., znak: BPS/DSK-043-3080/10, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Pragnę poinformować, że 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 (tekst jednolity - Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast zgodnie z art. 107 ust. 5 do zadań dyrektora OW NFZ należy m.in. efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału oraz zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, 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.

Uwzględniając powyższe, w związku z pismem Pana Posła, Minister Zdrowia wystąpił do Dyrektora Warmińsko - Mazurskiego OW NFZ z prośbą o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie. Z informacji przekazanych przez Dyrektora Warmińsko - Mazurskiego OW NFZ wynika, że pomimo trudnej sytuacji finansowej Oddziału, kontrakt z ZOZ MSWiA z Warmińsko - Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie ulegał zwiększeniu zarówno w roku ubiegłym jak i bieżącym. W 2009 roku kontrakt uległ zwiększeniu o 11,2 mln zł, ponadto zawarto ugody na łączną kwotę 1,7 mln zł. W 2010 roku ww. kontrakt wzrósł o 3,2 mln zł.

Ponadto Dyrektor Warmińsko - Mazurskiego OW NFZ poinformował, że brak zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane ponad limity zawarte w umowach wynika z trudnej sytuacji finansowej Oddziału. Pomimo tego Oddział stara się, w ramach obowiązującego planu finansowego, opłacić część wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń ponadlimitowych. W bieżącym roku zostały zakończone postępowania prowadzone z wniosku ZOZ MSWiA z Warmińsko - Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, w wyniku których zawarto ugody sądową na kwotę 628 tys. zł dotyczącą onkologii i chirurgii onkologicznej oraz na kwotę 125,2 tys. zł dotyczącą ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

Jednocześnie dyrektor poinformował, że pomimo trudnej sytuacji finansowej Oddziału, planowane jest zwiększenie wartości kontraktu z ww. świadczeniodawcą ze środków bieżących o kwotę 2 mln zł. Kolejne wzrosty będą możliwe tylko wtedy, gdy Oddział otrzyma dodatkowe środki finansowe.

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.

2

*Powstańca*

z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

*Cezary Rzemek*  
Cezary Rzemek