



## MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-F-070-20909-2/MM/10

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 30.07. 2010

nr. 4067, podpis. [signature]

Warszawa, 2010-07-26

S E K R E T A R I A T  
Biura Prac Senackich  
wpłynęło dn. 30.07.10  
nr. 1846, podpis. [signature]

Pan  
Bogdan Borusewicz  
Marszałek Senatu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku*

W związku z oświadczeniem Władysława Ortyła, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożonym na 58 posiedzeniu Senatu w dniu 2 lipca 2010 r. w sprawie „powództwa Szpitala Powiatowego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia”, przesłanym przy piśmie Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 lipca 2010 r., znak: BPS/DSK-043-2838/10, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

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.

W związku z powyższym w ramach nadzoru sprawowanego nad Narodowym Funduszem Zdrowia Minister Zdrowia wystąpił do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie. Prezes NFZ poinformował, że decyzję odnośnie dalszego postępowania w powyższej sprawie Fundusz podejmie po przeprowadzeniu analizy uzasadnienia przedmiotowego wyroku.

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.

7 powołania

z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
*[Signature]*  
Cezary Rzemek