


**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa,

2010 -04- 16

MZ-UZ-F-070-20039-1/RL/10

J. Kurczak W. Bobinski  
 SENAT  
 Marszałek Senatu  
 wpłynęło dn. 21.04.10  
 273 podpis

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z oświadczeniem Panów Macieja Klimy i Witolda Idczaka, Senatorów Rzeczypospolitej Polskiej, złożonym na 51 posiedzeniu Senatu w dniu 26 marca 2010 r., w sprawie „odmowy zapłaty przez Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ za nadwykonania za 2009 r. na rzecz Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu”, które zostało przesłane przy piśmie Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 marca 2010 r. (znak: BPS/DSK-043-2599/10), 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 (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 Funduszu z prośbą o przedstawienie informacji w przedmiotowej sprawie.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował, że w trakcie całego 2009 roku świadczeniodawcy wielokrotnie byli informowani o braku możliwości sfinansowania tzw. „nadwykonań” z powodu niekorzystnych prognoz dotyczących planu finansowego. W związku z tym, uwzględniając powyższe ograniczenia związane z przyjętym na koniec roku planem finansowym, przygotowane zostały propozycje rozliczenia umów za rok 2009 polegające głównie na przebudowie kontraktów, jak i zawierające ewentualną zapłatę za świadczenia onkologiczne (chemioterapia, radioterapia), anestezjologia i intensywna terapia lub świadczenia nielimitowane z mocy zawartych kontraktów (np. leczenie ostrych zespołów wieńcowych, porody, przeszczepy). Na podstawie tych zasad przygotowana została propozycja rozliczenia umów zawartych z Podhalańskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu, która nie została przyjęta przez świadczeniodawcę. Odrzucona propozycja zawierała następujące elementy:

1. Aneks do umowy w rodzaju leczenie szpitalne zawierał propozycję zmiany planu rzeczowo-finansowego uwzględniającą zapłatę za wszystkie świadczenia udzielone ponad limit w zakresach wymienionych w § 18 ust. 2 Zarządzenia nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne ze zm. (świadczenia określone jako nielimitowane, związane z porodami i opieką nad noworodkami) w kwocie 523.873,00 zł.,
2. Dodatkowo zostało zaproponowane sfinansowanie wszystkich świadczeń udzielonych ponad limit określony w ww. umowie dla zakresu anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja w kwocie 270.402,00 (w tym kwota 255.102,00 zł została przesunięta z zakresu neonatologia – hospitalizacja, w którym realizacja w roku 2009 była niższa niż przewidywał plan przyjęty w umowie),
3. Ponadto, aneks do umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zawierał zwiększenie wartości umowy o kwotę 621,60 zł, co stanowiło zapłatę za 62% świadczeń udzielonych ponad limit określony w umowie na 2009 rok. Wszystkie pozostałe nie podpisane aneksy przez Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu zawierały propozycję przebudowy w ramach poszczególnych rodzajów świadczeń. Nie podpisanie aneksów rozliczających 2009 rok spowodowało brak możliwości wypłacenia świadczeniodawcy środków finansowych w wysokości 1.357.306,22 zł związanych z realizacją umów, w formie przewidzianej w § 27 ogólnych warunków umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2008.81.484).

Żaden z przestanych do świadczeniodawcy aneksów umożliwiających częściowe rozliczenie umów obowiązujących w 2009 roku nie zawierał klauzuli dotyczącej zrzeczenia się dalszych roszczeń w stosunku do NFZ związanych z ich realizacją ponad określony limit.

Odnosząc się do sprawy dotyczącej świadczeń „ponadlimitowych”, pragnę poinformować, że 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.

z powierzeniem

z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU

Cezary Kzimek