MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2013 -11- 12

MZ-UZ-F-070-32326-2/RL/13

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 3.12.13.
nr 5489 podpis Borusewicz

p. Gridewicz

SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
wpłynęło dn. 4.12.13 r.
nr 9887 podpis

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku!

W związku z oświadczeniem Pana Jana Marii Jackowskiego, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, oraz grupy senatorów, złożonym podczas 40 posiedzenia Senatu RP w dniu 3 października 2013 r., w sprawie „problemów w funkcjonowaniu szpitali na północnym Mazowszu", przesłanym przy piśmie Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 9 października 2013 r., (znak: BPS/043-40-1731/13), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

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 (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 ww. 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 oświadczeniem Panów Senatorów, Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o przedstawienie stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej tzw. nadwykonań świadczonych przez szpitale na Mazowszu, Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ poinformował, że zgodnie z art. 132 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Natomiast zgodnie z § 14 ust. 1 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484) Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie. W związku z powyższym Mazowiecki OW NFZ w miarę własnych możliwości finansowych, prowadził w ciągu roku bieżącą przebudowę zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ich aneksowanie (obejmujące przesunięcia środków między zakresami lub rodzajami świadczeń opieki zdrowotnej, bądź zwiększenia kwoty zobowiązania Oddziału wobec świadczeniodawców, u których realizacja świadczeń przekraczała wartość określoną w dotychczasowej umowie) lub prowadzenie nowych, bądź uzupełniających postępowań o zawarcie umów. Niestety powyższe działania nie wyeliminowały przypadków, w których rzeczywiste wykonanie świadczeń, sprawozdane do Oddziału do rozliczenia, odbiegało od wartości kwoty zobowiązania określonej w umowie. Stąd podejmowane działania finansujące część świadczeń ponadumownych w formie ugód pozasądowych lub aneksów z odzyskanych środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący umowy poniżej planu. Tym niemniej Oddział Funduszu ani w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ani

poza nimi nigdy nie zobowiązuje się do finansowania w pełnej wysokości świadczeń zdrowotnych zrealizowanych ponad wartości w umowach, bowiem do finansowania takiego nie zobowiązują Funduszu żadne przepisy prawa, lecz przeciwnie, nakazują one dotrzymanie dyscypliny finansowej. Zgodnie bowiem z zasadą obowiązującą jednostki sektora finansów publicznych, do którego należy NFZ, w zakresie gospodarki finansowej, zakres upoważnienia do dokonywania wydatków ze środków publicznych wyznaczają kwoty wydatków określone w planie finansowym jednostki, które stanowią nieprzekraczalny limit i górną granicę upoważnienia do ich dokonywania. W związku z tym wydatkowanie środków publicznych ponad wartość określoną w planie nosić będzie znamiona czynu określonego w przepisach art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 z późn. zm.) i działaniem sprzecznym z przepisami art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 r., Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.), bowiem naruszy regułę dyrektywnego charakteru wydatków ze środków publicznych.

Ponadto Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ podkreślił, że nie bez znaczenia pozostaje także stanowisko w tej sprawie Sądu Najwyższego, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 21 grudnia 2004 r. (sygn. I CK 320/2004) rozstrzygnął kwestię dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w kontekście tzw. „nadwykonań". W uzasadnieniu do przedmiotowego wyroku Sąd Najwyższy stwierdził, że poziom bezpieczeństwa zdrowotnego (tym samym dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wyznacza zamknięta pula pieniędzy określona przez ustawodawcę wysokością składki na ubezpieczenie zdrowotne. Dlatego też żaden podmiot działający w zakresie ochrony zdrowia nie może wykroczyć poza środki przyznane mu na ten cel. Jest to sektor finansów publicznych, w którym obowiązuje dyscyplina finansowa i odpowiedzialność za jej naruszenie przewidziana w przepisach z tego zakresu.

Dyrektor Oddziału poinformował również, że działania związane z dokonywaniem renegocjacji umów oraz zawieraniem ugód pozasądowych były podejmowane przez Mazowiecki OW NFZ w latach 2005-2012 na zasadach jednakowych dla wszystkich świadczeniodawców i przyniosły wymierne efekty w postaci pełnego lub częściowego sfinansowania świadczeń wykonanych ponadlimitowo, a co za tym idzie przyczyniły się do znacznej poprawy sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej. Jeżeli w danym roku następowała częściowa zapłata za takie świadczenia, to było to spowodowane jedynie gorszą kondycją finansową Oddziału Funduszu w tym roku, co szczególnie uwidoczniło się w roku 2012.

Do finansowania świadczeń wykonanych ponad limit ustalony w umowach na 2012 r. dochodziło kilkukrotnie: po styczniu 2012 r., po I półroczu 2012 r., po zakończeniu 2012 r., w sierpniu 2013 r. i w październiku 2013 r. Najważniejszy proces miał miejsce w lutym 2013 r., kiedy po rozliczeniu zawartych umów i „uwolnieniu" niewykorzystanych przez świadczeniodawców środków finansowych, Oddział przystąpił do procesu finansowania zrealizowanych w roku 2012 świadczeń ponadlimitowych w formie aneksów rozliczających lub ugód pozasądowych według ustalonych jednakowych dla wszystkich świadczeniodawców zasad. Oddział finansował wówczas świadczenia ponadlimitowe z 2012 r. w rodzajach świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, na następujących zasadach i wg kolejności:

a) pokrycie pełnej kwoty świadczeń ponadlimitowych ze środków Oddziału Funduszu, w tym również, w zakresach nielimitowanych w rodzajach leczenie szpitalne, profilaktyczne programy zdrowotne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
b) pokrycie świadczeń ponadlimitowych w umowie ze środków własnych świadczeniodawcy do wysokości globalnej kwoty środków niewykorzystanych w ramach umów danego świadczeniodawcy, rozliczanych w tej samej pozycji planu finansowego, w pierwszej kolejności oznaczonych przez świadczeniodawcę w systemie informatycznym jako ratujące życie (wg kolejności określonej w rankingu finansowania zakresów), w dalszej kolejności pozostałych świadczeń (wg kolejności określonej w rankingu finansowania zakresów),
c) pokrycie pełnej kwoty pozostałych świadczeń ponadlimitowych ze środków Oddziału Funduszu w wybranych zakresach, w poszczególnych rodzajach świadczeń, w rozróżnieniu na I i II półrocze 2012 r.,
d) pokrycie świadczeń ponadlimitowych z wykorzystaniem wskaźnika korygującego, w rozróżnieniu na I i II półrocze 2012 r., tj. na poziomie 70% w zakresie program badań prenatalnych (dotyczy II półrocza 2012 r.), 34% w zakresie chemioterapia – hospitalizacja z zakresem skojarzonym (dotyczy II półrocza 2012 r.).

Ponieważ pula „uwolnionych" środków finansowych nie pozwoliła na pełne sfinansowanie świadczeń zrealizowanych w roku 2012 ponad limit określony w umowach, Oddział powrócił ponownie do kwestii finansowania świadczeń ponadumownych w sierpniu br., przeznaczając

dodatkowo na ten cel kwotę 59 mln zł, uzyskaną od innych oddziałów wojewódzkich Funduszu w wyniku zakończenia procesu rozliczeń świadczeń zrealizowanych w ramach migracji ubezpieczonych w roku 2012. I tym razem Oddział prowadził proces finansowania świadczeń ponadumownych według jednolitych zasad, jednakże z uwagi na wysokość środków finansowych pozostających w dyspozycji Oddziału, które mógł przeznaczyć na zakup dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej, bez ryzyka zaciągnięcia zobowiązania ponad wartość określoną w planie finansowym, nie było możliwości sfinansowania ich w wysokości wnioskowanej przez świadczeniodawców. W tym procesie Oddział finansował świadczenia ponadlimitowe z 2012 r. w rodzajach świadczeń leczenie szpitalne oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, na następujących zasadach i wg kolejności:

a) pokrycie pełnej kwoty świadczeń ponadlimitowych ze środków Oddziału Funduszu w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w rodzaju leczenie szpitalne, tj. w zakresach nielimitowanych oraz w zakresach, które dotyczyły substancji czynnych w programach terapeutycznych, programów lekowych i leków w programach lekowych,
b) pokrycie ze środków Oddziału Funduszu świadczeń ponadlimitowych oznaczonych przez świadczeniodawców jako ratujące życie, z wykorzystaniem wskaźnika korygującego na poziomie 70 %,
c) pokrycie ze środków Oddziału Funduszu świadczeń ponadlimitowych w zakresach priorytetowych według Oddziału Funduszu, z wykorzystaniem wskaźnika korygującego na poziomie 60%. Zakresami priorytetowymi wg Oddziału Funduszu były zakresy dziecięce, chemioterapia, onkologia kliniczna, chirurgia naczyniowa, neurochirurgia, hemodializoterapia i świadczenia realizowane w OAiT.

Aktualnie przeprowadzany jest kolejny proces finansowania świadczeń ponadlimitowych z 2012 r. w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, polegający na pokryciu ze środków Oddziału Funduszu:

a) pełnej kwoty w zakresach świadczeń nielimitowanych,
b) świadczeń ponadlimitowych w zakresach wybranych przez Oddział, z wykorzystaniem wskaźnika korygującego na poziomie 50 %. Zakresami wybranymi do finansowania w tym procesie są: hematologia - hospitalizacja, kardiologia - hospitalizacja E23,E24,E25,E26, położnictwo i ginekologia - hospitalizacja, położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny, położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny, okulistyka dziecięca - hospitalizacja planowa.

Propozycje zawarcia ugód pozasądowych w ramach trzeciego procesu zostały przesłane do świadczeniodawców w dniu 17 października 2013 r.

W poniższej tabeli Oddział przedstawił wartość świadczeń ponadlimitowych za 2012 r. sfinansowanych/planowanych do sfinansowania w poszczególnych procesach oraz świadczeń niesfinansowanych, w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej.

W ZŁ

Lp	Rodzaj świadczeń	Finansowanie nadwykonań przez Oddział Funduszu			
		zrealizowano:		z trakcie realizacji:	
		kwota finansowania nadwykonań	kwota zrzeczenia roszczeń przez świadczeniodawcę	kwota finansowania nadwykonań	kwota zrzeczenia roszczeń przez świadczeniodawcę
1	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	19 736 028,25	4 106 440,60	-	-
2	LECZENIE SZPITALNE	157 473 490,35	32 021 948,20	6 796 972,00	6 629 167,24
3	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	6 270 609,90	901 108,50	-	-
4	REHABILITACJA LECZNICZA	4 279 727,33	2 380 574,57	-	-
5	ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	1 896 038,02	-	-	-
6	OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	1 326 076,70	-	-	-
7	LECZENIE STOMATOLOGICZNE	1 818 455,42	526 419,02	-	-
8	PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	102 336,86	16 453,60	-	-
9	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIE	9 092 117,50	1 604 414,00	-	-
	RAZEM	**201 994 880,33**	**41 557 358,49**	**6 796 972,00**	**6 629 167,24**

Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ poinformował dodatkowo, że Oddział podejmuje wszelkie działania, aby w miarę swoich możliwości finansowych dokonać rozliczenia świadczeń udzielonych ponad limit, jednakże ograniczoność środków jakimi dysponuje uniemożliwia mu w pełni zaspokoić roszczenia świadczeniodawców z tytułu zrealizowanych świadczeń zdrowotnych ponad limit określony w umowie.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej roszczeń szpitali dochodzonych sądownie, Dyrektor Oddziału poinformował, że w 2012 r. zakończyły się 3 sprawy sądowe, w których pozwanym z tytułu roszczeń za świadczenia ponadlimitowe z lat ubiegłych był Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyroki, które zapadły można uznać jako korzystne dla Oddziału. W pierwszym przypadku doszło do zawarcia ugody sądowej, w drugim sąd oddalił powództwo, a w trzecim zapadł wyrok, w którym sąd zasądził na rzecz powoda 57% kwoty roszczenia wynikającej z pozwu.

Odnosząc się do ostatniej kwestii poruszonej w oświadczeniu Panów Senatorów, uprzejmie informuję, że przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych oraz żywienie do i pozajelitowe mogą być traktowane jako świadczenia ratujące życie. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że to stan kliniczny pacjenta determinuje ustalenie takiej kategorii dla świadczeń zdrowotnych, dlatego też to świadczeniodawcy decydują o oznaczeniu sprawozdawanych świadczeń.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Sławomir Neumann

Sławomir Neumann