



# MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2014 -01- 07

MZ-UZ-PR-71-32904-1/AKL/13

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 9.01.14.  
nr. 96 podpis. *Borusiewicz*

*P. J. Gidewer*  
Biura Prac Senackich  
wpłynęło dn. 10.01.14  
nr. 134 podpis. *[Signature]*

**Pan**  
**Bogdan Borusewicz**  
**Marszałek Senatu**  
**Rzeczypospolitej Polskiej**

*Szanowny Panie Marszałku!*

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Roberta Mamałowa – Senatora RP, złożone podczas 44. posiedzenia Senatu RP w dniu 5 grudnia 2013 r., w sprawie rozwiązania umowy ze spółką Sensor Cliniq, przesłane przy piśmie Pani Marii Pańczyk-Pozdziej - Wicemarszałka Senatu z dnia 11 grudnia 2013 r. (znak BPS/043-44-1922/13), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Kwestie związane z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, monitorowaniem ich realizacji i rozliczaniem, zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy podkreślić, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nieuregulowanym ustawą stosuje się przepisy kodeksu cywilnego (art. 155 ust. 1 ustawy). Minister Zdrowia nie jest uprawniony do ingerowania w stosunki cywilnoprawne łączące świadczeniodawcę z Funduszem na skutek zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Fundusz w tym zakresie wykonuje swoje prawa i obowiązki wynikające z przepisów ustawy, wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, jak np. 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) oraz zawartych ze świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Reasumując, z uwagi na charakter stosunków łączących strony umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, spory z tego tytułu mogą być rozpatrywane przez sądy powszechne.

W tym miejscu pragnę wskazać, iż z polecenia i upoważnienia Ministra Zdrowia w dniu 29 listopada 2013 r. rozpoczęła się kontrola w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie w zakresie planowania i przeprowadzania kontroli realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, a także realizacji ustaleń kontroli w zakresach:

- okulistyka – hospitalizacja,
- okulistyka – hospitalizacja planowa,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia,
- okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14,15,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B12, B13, B14,15,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B14,15,
- okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06;

– w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2013 r.

Ponadto pragnę poinformować, że w związku z wypowiedzeniem umowy spółce Sensor Cliniq Minister Zdrowia wystąpił pismem z dnia 28 listopada 2013 r., znak MZ-UZ-PR-71-32640-1/MM/13 do Pani Prezes NFZ w celu uzyskania informacji, jakie działania podjął lub zamierza podjąć NFZ w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które wpisane były na listy osób oczekujących prowadzone przez spółkę Sensor Cliniq. W piśmie z dnia 12 grudnia 2013 r., NFZ/CF/DSOZ/2013/073/0860/W/33332/GKU, Pani Prezes NFZ poinformowała, że do wszystkich świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących ww. spółki zostały rozesłane listy, celem przekazania niezbędnych informacji wraz z wykazem świadczeniodawców posiadających zawartą umowę na udzielenie przedmiotowych świadczeń gwarantowanych na terenie miasta stołecznego Warszawy oraz województwa mazowieckiego. Ponadto Pani Prezes NFZ poinformowała, że Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w dniu 3 grudnia 2013 r., ogłosił postępowanie uzupełniające w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka –

hospitalizacja, celem zwiększenia dostępności do świadczeń w przedmiotowym zakresie. Pani Prezes NFZ wskazała, że po wyłonieniu nowych świadczeniodawców do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki, zostanie zapewniona dostępność do przedmiotowych świadczeń dla wszystkich świadczeniobiorców oczekujących na przedmiotowe świadczenie.

Odnosząc się natomiast do możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w innym (podwyższonym) standardzie za odpowiednią dopłatą, to należy podkreślić, że ani ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ani wydane na jej podstawie rozporządzenia, nie przewidują takiej możliwości.

Zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, akty wykonawcze do wskazanej ustawy oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach.

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej związanych z leczeniem zaćmy określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1520). W załączniku nr 4 do rozporządzenia w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną przy zabiegach związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (lp. 5) określono istotne materiały zużywalne to jest:

- a) sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową – zwijalną – w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji,
- b) sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową z polimetylmetakrylatu (PMMA) – w przypadku zabiegów metodami innymi niż fakoemulsyfikacja,
- c) wiskoelastyk.

Tym samym określono standard soczewki, jaki jest gwarantowany w przypadku świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych.

Reasumując, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wskazane rozporządzenie nie przewidują możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innym standardzie za dodatkową dopłatą.

W tym miejscu należy wskazać na art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, który nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe wyklucza możliwość wprowadzenia dopłat do świadczeń o wyższym standardzie finansowanych ze środków publicznych.

Wyraźnie potwierdził to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 czerwca 2005 r. (III CK 626/04, LEX: 159075). W ocenie sądu: „zastrzeżenie "niezależnie od ich sytuacji materialnej" wyklucza stosowanie praktyk "dokupowania" przez ubezpieczonych lepszych lub przynajmniej kosztowniejszych procedur w placówkach finansowanych przez organizatora publicznej opieki zdrowotnej”.

Odnosząc się natomiast do opóźnień w rozpatrywaniu zażaleń przez Prezesa NFZ, pragnę wskazać, że Minister Zdrowia zwrócił się do Prezesa NFZ z prośbą o priorytetowe traktowanie zażaleń na czynności dyrektora polegające na wypowiedzeniu/rozwiązaniu umowy, z uwagi na daleko idące skutki zaskarżonych czynności.

*Z poważaniem*  
Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ  
*Sławomir Neumann*  
Sławomir Neumann