



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-F-071-15617-2/ES/09

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 10. 06. 09.

nr 3344, podpis Banasik

Warszawa, 2009-06-08

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu RP

ul. Wiejska 4/6/8

00-902 Warszawa

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Lucjana Cichosza, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożone na 31 posiedzeniu Senatu w dniu 22 kwietnia 2009 roku, w sprawie „płatności przez Narodowy Fundusz Zdrowia za zrealizowane w roku 2008 świadczenia zdrowotne oraz algorytmu podziału środków na poszczególne oddziały wojewódzkie przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia”, przesłane przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 29 kwietnia 2009 r., znak: BPS/DSK-043-1577/09, 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 (t. j. 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 stanowiska w przedmiotowej sprawie.

Ze stanowiska Dyrektora Lubelskiego OW NFZ wynika, że Oddział podejmował w 2008 roku liczne działania na rzecz poprawy finansowania świadczeń w lecznictwie

szpitalnym. W ciągu 2008 roku plan finansowy Oddziału w tym rodzaju świadczeń wynoszący 1.067,4 mln zł został zwiększony o 284,5 mln zł do wartości 1.351,9 mln zł, czyli o 27 %. Dodatkowe środki finansowe zostały wykorzystane w pierwszej kolejności na zwiększenie ceny punktu rozliczeniowego z 10 do 12 zł. Następnie począwszy od czerwca 2008 roku dokonano pełnego rozliczenia świadczeń zrealizowanych w I półroczu 2008 r. w rodzaju „leczenie szpitalne”, zwiększając wartości umów o 90 mln zł. W II półroczu 2008 r. wprowadzając zmieniony system rozliczeń oparty o Jednorodne Grupy Pacjentów zwiększono wartości umów świadczeniodawców o ok. 7 % oraz re negocjowano umowy zwiększając ilości świadczeń nielimitowanych w ramach położnictwa, neonatologii oraz kardiologii na łączną kwotę 28 mln zł. Jednocześnie w trakcie 2008 roku w wyniku re negocjacji pozostałych rodzajów świadczeń, takich jak ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, opieka długoterminowa, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zaangażowano dodatkowo ponad 43 mln zł.

Po zakończeniu okresu rozliczeniowego w styczniu i lutym 2009 roku Lubelski OW NFZ przeprowadził re negocjacje umów umożliwiające pełne wykorzystanie przez świadczeniodawców kwot przewidzianych w umowach na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Powyższe działania spowodowały, że Lubelski OW NFZ wykonał wszystkie zobowiązania wynikające z zawartych ze szpitalami umów, wykorzystując w pełni środki finansowe zaplanowane na ten cel w planie finansowym NFZ na 2008 rok. Oddział nie wyklucza możliwości prowadzenia negocjacji ze świadczeniodawcami dotyczących sfinansowania części tych nadwykonań w rodzaju „leczenie szpitalne”, które w tym rodzaju wyniosły łącznie 86 mln zł, w szczególności oznaczonych jako udzielone w trybie nagłym, pod warunkiem uzyskania zwiększenia planu finansowego Oddziału na 2009 rok z podziału wyniku finansowego Centrali NFZ za 2008 rok.

Należy jednocześnie poinformować, że ze wstępnego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ za 2008 rok wynika, iż NFZ w 2008 roku odnotował dodatni wynik finansowy w wysokości 1.152,1 mln zł. Środki z podziału tego wyniku mogą stanowić dodatkowe źródło finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w OW NFZ, w tym również w Lubelskim OW NFZ.

Odnosząc się do przedmiotowego zagadnienia również od strony systemowej warto zwrócić uwagę, że zgodnie z przepisami ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, podstawą

udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane przez NFZ 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 NFZ dodatkowymi środkami finansowymi. Powyższe wynika również z konstrukcji przepisów ustawy dotyczących gospodarki finansowej NFZ, zgodnie z którymi plan finansowy NFZ jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Jednocześnie łączna suma zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Odnosząc się do sprawy zmiany algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie informuje, iż kwestię tę reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210). Ostatnia zmiana w tym zakresie została przyjęta w ustawie z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172) oraz w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia i weszła w życie na jesieni 2007 r., natomiast podział środków wynikający z ww. przepisów został zastosowany po raz pierwszy do planu finansowego NFZ na 2008 r.

Należy zwrócić uwagę, że przepisy prawne regulujące tę kwestię obowiązujące przed jesienią 2007 r. budziły wiele kontrowersji oraz sprzeciw ze strony niektórych podmiotów, m.in. z terenu województw mazowieckiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, opolskiego, podlaskiego, pomorskiego, lubuskiego. W szczególności wiele kontrowersji było związanych z tzw. wagą migracji ubezpieczonych określoną na poziomie 1,7.

Również obecne przepisy prawne w tym zakresie spotykają się z krytyką, przede wszystkim ze strony podmiotów z województw podkarpackiego, lubelskiego, warmińsko-mazurskiego,

jak również ze strony m.in. Pana Senatora, oraz wnioskuje się o dokonanie zmian tych regulacji.

Odnosząc się do kwestii oceny ww. uwag oraz ewentualnej zmiany algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie informuję, że po przeprowadzeniu analiz funkcjonowania ww. algorytmu w obecnych warunkach w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, należy stwierdzić, iż aktualny sposób podziału środków nie spełnia stawianych oczekiwań, gdyż powoduje dysproporcje w możliwościach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu. W Ministerstwie Zdrowia opracowywany jest obecnie projekt zmian legislacyjnych w ww. zakresie. Po przygotowaniu propozycji tych zmian możliwe będzie przedstawienie szczegółowej informacji.



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc