

Znak: NFZ/CF/DEF/2010/070/0002/W/00294/MHA

Warszawa, dnia 07 stycznia 2010 r.

KANCELARIA SENATU RP
GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 07.01.2010r.
nr. 4 podpis. MPŁećM. Wierzbicki
SEKRETARIAAT
Biura Prezesa Senatu
Wpłynęło dn. 07.01.10
nr. 5 podpis. WPan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej*Szanowny Panie Marszałku!*

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 grudnia 2009 r., znak: BPS/DSK-043-2256/09, przy którym przekazano oświadczenie złożone przez senatora Stanisława Gogacza na 46 posiedzeniu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 17 grudnia 2009 r., dotyczące w szczególności poziomu finansowania leczenia szpitalnego w województwie lubelskim w roku 2010 oraz braku zapłaty za tzw. „nadwykonania” za lata 2008-2009, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W dniu 16 grudnia 2009 r. Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów zatwierdził zmianę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r., będącą konsekwencją przepisu art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 178, poz. 1374), skutkującej w szczególności zmianą algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu.

Zgodnie z nowym brzmieniem art. 118 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.), planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając:

- 1) liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
- 2) wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;

- 3) ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Jednocześnie, zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki NFZ w planie finansowym NFZ na 2010 rok, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie może być niższa niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez ten oddział wojewódzki NFZ w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok, obowiązującym w dniu 30 czerwca 2009 r.

Zgodnie z delegacją zawartą w art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, wydał rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 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 193, poz. 1495), uwzględniając znowelizowane przepisy art. 118 (nowy algorytm podziału środków).

Ustalony na 2010 r. zgodnie z ww. rozporządzeniem wskaźnik udziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej Lubelskiego OW NFZ do kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wszystkich oddziałów wyniósł 4,46% i jest większy o 0,03 % od wskaźnika obowiązującego przed zmianą (wg poprzedniego algorytmu, wynoszącego 4,43 %).

Przełożyło się to na zwiększenie środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla Lubelskiego OW NFZ o 15 432 tys. zł, co daje dynamikę na poziomie 100,53 %.

Ponadto, uprzejmie informuję, że w dniu 18 grudnia 2009 r. Prezes Funduszu dokonał kolejnych zmian planu finansowego Funduszu na rok 2010:

- w trybie art. 124 ust. 7 i 9 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.) - uruchomienie rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych;

- w trybie art. 124 ust. 6 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - uruchomienie rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Funduszu na rok 2010;
- w trybie art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - zmiana planu finansowego w zakresie środków na koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego.

W wyniku ww. zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2010 środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w Lubelskim OW NFZ zostały ustalone na poziomie 2 957 928 tys. zł, tj. 101,85 % wartości planu finansowego na 2009 r. obowiązującego w dniu 30 czerwca 2009 r. (będącym punktem odniesienia do określenia wartości środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym na rok 2010, art. 2 ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), w tym na leczenie szpitalne - 1 426 857 tys. zł, tj. 119,35 % wartości planu pierwotnego na 2010 r., wynoszącego 1 195 508 tys. zł oraz 101,27 % wartości planu finansowego na 2009 r. obowiązującego w dniu 30 czerwca 2009 r., wynoszącego 1 408 919 tys. zł.

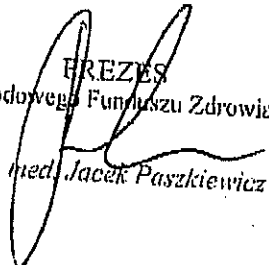
Odnosząc się do kwestii „nadwykonań” uprzejmie informuję, że środki finansowe jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są ograniczone, bowiem pochodzą one w szczególności ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a ich wartość w danym roku jest określona w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie uprzejmie wyjaśniam, iż zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, określająca między innymi: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy oraz zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcą (art. 136 przedmiotowej ustawy), przy czym zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze

świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Fundusz dokonując zakupu świadczeń zdrowotnych kieruje się w szczególności koniecznością zabezpieczenia świadczeniobiorcom jak najlepszego dostępu do świadczeń zdrowotnych, zaś finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co oznacza, że zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, zarówno udzielone ze względu na zagrożenie życia i zdrowia, jak i tzw. planowe, wskazane przez świadczeniodawcę do rozliczeń, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy. Świadczeniodawcy zawierając z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają świadomość, iż zrealizowane świadczenia zostaną rozliczone do kwoty zobowiązania określonej w umowie, a ewentualne sfinansowanie świadczeń ponadumownych może nastąpić dopiero po rozliczeniu zawartych umów, potwierdzeniu sald rozliczeń i zbilansowaniu środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący kontrakty w danym okresie rozliczeniowym poniżej planu.

Z poważaniem


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz