

Znak: NFZ/CF/DEF/2010/010/0001/W/00283/MMA

Warszawa, dnia 04 stycznia 2010 r.

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 17.1.2010.....

nr. 165.....podpis.....

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

p. J. Kwieciński
SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 17.1.2010
nr. 231.....podpis.....

Szanowny Panie Marszałku!

W odpowiedzi na pismo z dnia 22 grudnia 2009 r., znak: BPS/DSK-043-2267/09, przy którym przekazano oświadczenie złożone przez senatora Norberta Krajczego na 46 posiedzeniu Senatu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 17 grudnia 2009 r., dotyczące uruchomienia środków z funduszu zapasowego, celem zwiększenia kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2009, oraz w uzupełnieniu do pisma z dnia 1 grudnia 2009 r., znak: NFZ/CF/DEF/2009/070/0009/W/22596/ESZ, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Podstawą do uruchomieniu środków z funduszu zapasowego w planie finansowym Funduszu na rok 2009 (w miesiącach październik i listopad 2009 r.) była analiza prognostyczna dotycząca oczekiwanych wyników finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ, która wskazywała na możliwość przekroczenia planów kosztów świadczeń zdrowotnych przez niektóre oddziały wojewódzkie Funduszu. Jedyną możliwością uniknięcia prognozowanej straty, co mogło skutkować ograniczeniem dostępności do niektórych kosztochłonnych grup świadczeń, a w konsekwencji do znacznego ograniczenia finansowania świadczeń o strategicznym znaczeniu było pojęcie decyzji o uruchomieniu środków z funduszu zapasowego.

W związku z powyższym Prezes Funduszu pismem z dnia 29 września 2009 r., znak: W/18224/JAP, wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o zaopiniowanie koncepcji uruchomienia środków z funduszu zapasowego, celem zwiększenia kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, w których mogłoby dojść do szczególnie drastycznego ograniczenia finansowania świadczeń planowych oraz w dziedzinach o istotnej wadze dla zdrowotności społeczeństwa, jak świadczenia onkologiczne czy kardiologiczne, co umożliwiłoby utrzymanie dotychczasowej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej przy

jednoczesnym zminimalizowaniu ryzyka wystąpienia przekroczenia planów kosztów świadczeń zdrowotnych w tychże oddziałach.

Minister Zdrowia w piśmie z dnia 29 września 2009 r., znak: MZ-UZ-F-078-16380-5/HŻ/09, wyraził akceptację dla przedmiotowego uruchomienia środków z funduszu zapasowego.

Ponadto uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 124 ust. 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.) do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 ustawy, tj. związanej z wykorzystaniem środków zgromadzonych na funduszu zapasowym (w brzmieniu obowiązującym do 4 listopada 2009 r.), nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3, co oznacza, iż przy podziale środków zgromadzonych na funduszu zapasowym pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na koszty świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się algorytmu ustalonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 119 ustawy. Ponadto art. 129 ust. 4 ustawy (w brzmieniu obowiązującym do 4 listopada 2009 r.) stanowi, iż przy ustalaniu środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.

Mając powyższe na uwadze przy uruchamianiu środków z funduszu zapasowego z przeznaczeniem na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym Funduszu na rok 2009 nie było uzasadnienia dla zastosowania tzw. algorytmu podziału środków.

Podziału środków pochodzących z funduszu zapasowego pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w planie finansowym Funduszu na 2009 r. z przeznaczeniem na koszty świadczeń opieki zdrowotnej dokonano uwzględniając w szczególności:

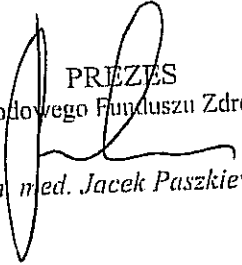
- potrzeby w zakresie finansowania chemioterapii, programów terapeutycznych, świadczeń onkologicznych oraz świadczeń wysokospecjalistycznych,
- potrzeby w zakresie kosztów refundacji cen leków zgłoszone przez oddziały wojewódzkie Funduszu na 2009 r.,
- potrzeby w zakresie kosztów podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszone przez oddziały wojewódzkie Funduszu na 2009 r.

Odnosząc się do zagadnienia tzw. „świadczeń ponadlimitowych” 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 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.


PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz