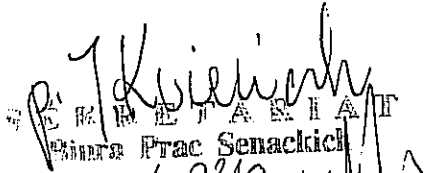




MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 01 28

MZ-UZ-F-746-18651-4/ES/10


 PEŁNOMOCNIASTWO
 Przewodniczącego Prac Senackich
 wpłynęło dn. 1.02.10, zał. 677...
 podpis.

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu RP

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Stanisława Zająca, Senatora RP, złożone na 45 posiedzeniu Senatu w dniu 3 grudnia 2009 roku, w sprawie sytuacji finansowej szpitali w województwie podkarpackim oraz zapłaty przez Narodowy Fundusz Zdrowia za tzw. nadlimity, przekazanego przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 10 grudnia 2009 r., znak: BPS/DSK-043-2237/09, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

W odniesieniu do istniejącego obecnie problemu tzw. nadwykonań należy poinformować, że zgodnie z przepisami art. 132 ust. 1 oraz art. 136 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.), podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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 Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowymi środkami finansowymi.

Powyższe wynika również z konstrukcji przepisów art. 118 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którymi plan

finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Jednocześnie, zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, łączna suma zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do kwestii udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców należy zwrócić uwagę, że umowa pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą zawarta na okres oznaczony (np. na rok) nakłada na świadczeniodawcę obowiązek udzielania świadczeń przez cały ten okres. Kolejność udzielania tych świadczeń zależy od ich rodzaju. Nie ulega wątpliwości, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanach nagłych bądź kwalifikujące się do grupy świadczeń tzw. „nielimitowanych” (m.in. porody, leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych, populacyjne badania przesiewowe), powinny być udzielane przez świadczeniodawców niezwłocznie oraz bezwzględnie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy jednocześnie pamiętać, że duża liczba świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców nie powinna być zaliczana do ww. świadczeń w stanach nagłych lub „nielimitowanych”. W takich przypadkach, stosownie do przepisów art. 20-23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia list oczekujących na planowe świadczenia. W związku z powyższym, kierujący placówką lub inne osoby odpowiedzialne za organizację pracy zakładu opieki zdrowotnej powinny uwzględnić w ramach ustalonego planu umowy zarówno realizację świadczeń planowych, jak i nagłych – w odpowiednich częściach. Kwestia ta powinna być rozważana w odniesieniu do konkretnego zakładu opieki zdrowotnej i ma bezpośredni związek z jakością zarządzania tym zakładem.

Pragnę jednocześnie zwrócić uwagę, że w II półroczu 2009 r. doszło do istotnego zwiększenia wysokości środków na świadczenia opieki zdrowotnej w łącznej wysokości 1 668,9 mln zł.

Najpierw, w trybie art. 129 ww. ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem nr 37 z dnia 4 sierpnia 2009 r. dokonał zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok (zwiększając koszty świadczeń opieki zdrowotnej), która rozdysonowała dodatni wynik finansowy Funduszu za rok 2008 w wysokości 1 152,1 mln zł, w tym dla Podkarpackiego OW NFZ 94,6 mln zł.

Następnie zarządzeniami z 2009 roku: nr 48 z dnia 15 października, nr 49 z dnia 19 października, nr 55 z dnia 28 października i nr 64 z dnia 2 listopada, Prezes Narodowego

Funduszu Zdrowia dokonał zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok, które rozdysponowały kwotę 516,8 mln zł z funduszu zapasowego, zwiększając koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu, w tym Podkarpackiego OW NFZ o 49,9 mln zł.

Powyższe środki finansowe pozwoliły zwiększyć wartość zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców wynikającą z zawartych umów, a tym samym pozwoliły zmniejszyć wysokość tzw. nadwykonań.

Odnosząc się do pytania Pana Senatora dotyczącego rozwiązań mających na celu poprawę sytuacji finansowej szpitali uprzejmie informuję, iż jednym ze sposobów na rozszerzenie możliwości pozyskiwania środków finansowych przez zakład opieki zdrowotnej jest zmiana formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, na spółkę prawa handlowego, która utworzy i będzie prowadziła niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

W celu zachęcenia jednostek samorządu terytorialnego do podejmowania wskazanych wyżej działań opracowano Program wieloletni „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Dzięki Programowi jednostki samorządu terytorialnego, będące podmiotami założycielskimi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mogą skorzystać z pomocy finansowej w formie dotacji celowej z budżetu państwa, po spełnieniu określonych w Programie warunków.

Proponowane działania w ramach ww. Programu, przede wszystkim zmiana formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w kapitałową spółkę samorządową ze 100% udziałem jednostki samorządu terytorialnego, stworzą możliwości do efektywniejszego zarządzania zakładem oraz poprawią jego organizację (m.in. zakład uzyska możliwość pozyskiwania dodatkowo środków finansowych za świadczenia wykonywane komercyjnie).

Na podstawie informacji uzyskanych od wojewodów (brak danych z województwa podkarpackiego oraz Miasta Stołecznego Warszawy), zainteresowanie udziałem w Programie zgłosiło 100 jednostek samorządu terytorialnego, w tym: 8 – województw, 58 – powiatów, 19 – miast, 15 – gmin, będących podmiotami założycielskimi dla 141 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSZEFETARZ STANU

Marek Haber