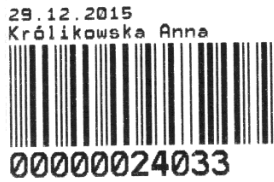


Znak: DSOZ.401.2817...2015

W. 35455 JSY

Warszawa, dnia ...17.12... 2015 r.

**Biuro Związku Powiatów Polskich**  
**Dział Organizacyjno – Finansowy**  
**i Obsługi Organów Statutowych ZPR**  
**ul Długosza 63/2**  
**33 – 300 Nowy Sącz**

W odpowiedzi na Stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 1 grudnia 2015 r., w sprawie trudnej sytuacji szpitali powiatowych, które wpłynęło do Centrali NFZ drogą elektroniczną 07.12.2015 r., uprzejmie wyjaśniam co następuje.

Na wstępie pragnę podkreślić, iż środki finansowe jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są ściśle określone, bowiem pochodzą w szczególności ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Odnoszą się do postulatu dotyczącego „urealnienia wyceny poszczególnych świadczeń”, uprzejmie wyjaśniam, że zgodnie z postanowieniami ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, organem ustanowionym do ustalania taryfy świadczeń jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W odniesieniu do kwestii „preferencyjnego traktowania szpitali wojewódzkich i klinicznych oraz udzielanych w nich świadczeń (...), należy zauważyć, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane są w oparciu o środki, którymi dysponują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu ustalając strukturę kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym Funduszu mają na uwadze z jednej strony ograniczone środki finansowe (wynikające z algorytmu podziału środków finansowych określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

dla ubezpieczonych), z drugiej konieczność zabezpieczenia odpowiedniej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich rodzajach świadczeń, zapewniając łącznie jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń.

Dodatkowo, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu w celu racjonalnego rozdysponowania środków finansowych, w planowaniu uwzględniają również:

- rzeczywiste wykonanie świadczeń w roku poprzednim, ekstrapolowane na rok bieżący,
- dane epidemiologiczne, wynikające z przeprowadzonej analizy raportów statystycznych w wybranych rodzajach świadczeń,
- wymogi określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych,
- wymogi określone przez Prezesa NFZ w zarządzeniach w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w tym zmiany zasad kontraktowania świadczeń.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz warunki wymagane do realizacji niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (o których mowa w załączniku nr 4 do rozporządzenia), dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani są do zawierania umów o udzielanie świadczeń wyłącznie ze świadczeniodawcami spełniającymi warunki do ich realizacji. Powoduje to tym samym, że znaczna część świadczeń, niejednokrotnie kosztochłonnych, zostaje dedykowana do realizacji świadczeniodawcom (m.in. szpitalom klinicznym) ze względu na poziom referencyjny, którzy dysponują wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, możliwościami diagnostyczno – terapeutycznymi i wykonują bardziej skomplikowane procedury z wykorzystaniem zaawansowanej aparatury medycznej.

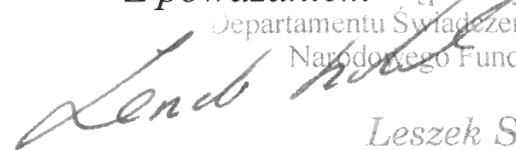
Odnosząc się do postulowanego *„podniesienia wysokości kontraktów (bez zwiększania liczby świadczeń i nakładania nowych obowiązków) o 25 % (...)*, pragnę zaznaczyć, że zgodnie z postanowieniami art. 107 ust. 5 pkt 10 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy do wyłącznej kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem Prezes Funduszu ma ograniczone prawa ingerowania w wysokość zawartych umów ze świadczeniodawcami.

W odniesieniu natomiast do kwestii dotyczącej *„uregulowania zasad finansowania świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie (...)*, aby uniknąć sporów sądowych, które w relacjach pomiędzy poszczególnymi podmiotami publicznymi powinny być wyjątkiem (...), wskazać należy,

że Narodowy Fundusz Zdrowia jest jednostką sektora finansów publicznych, zobowiązaną do stosowania zasad wynikających z przepisów statuujących reżim dyscypliny finansów publicznych. Zgodnie z zasadą obowiązującą jednostki sektora finansów publicznych, zakres upoważnienia do dokonywania wydatków ze środków publicznych wyznaczają kwoty wydatków określone w planie finansowym jednostki, które stanowią nieprzekraczalny limit i górną granicę upoważnienia do ich dokonywania. Powyższe wynika również z treści art. 132 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą łączna wysokość zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu). Wydatkowanie środków publicznych ponad wartość określoną w planie finansowym nosiłoby znamiona czynu określonego w przepisach art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 168) i byłoby działaniem sprzecznym z przepisami art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 z późn. zm.).

W związku z powyższym oraz z uwagi na brak jednoznacznych unormowań prawnych regulujących problematykę finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych ponad limity określone w umowach, Fundusz wychodząc naprzeciw oczekiwaniom świadczeniodawców, wypracował rozwiązania zgodnie z którymi sposobem ewentualnego sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad limit określony w umowie jest zmiana warunków finansowych umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej np. poprzez zawarcie ugody pozasądowej w ramach środków finansowych określonych w planie kosztów świadczeń zdrowotnych oddziału. Zawieranie ugód ze świadczeniodawcami ma na celu uniknięcie sporów i kierowania spraw na drogę postępowania sądowego.

Wysokość ewentualnych ugód, proponowanych przez dyrektorów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu świadczeniodawcom w sposób transparentny, z poszanowaniem zasady równego traktowania poszczególnych świadczeniodawców oraz z zachowaniem zasad wynikających z przepisów art. 44 ustawy o finansach publicznych, jest zdeterminowana poziomem środków pozostających w planie finansowym oddziału, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący kontrakty w danym roku poniżej planu.

Z poważaniem  
Zastępca Dyrektora  
Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
  
Leszek Szalak