



KOPIA

Warszawa,

2013-04-04

**MINISTER ZDROWIA**

MZ-UZ-PR-71-30070-5/MM/13

**Pani**

**Katarzyna Fortak - Karasińska**

**Radca Prawny**

**Fortak & Karasiński Radcowie Prawni**

**Sp. z o.o.**

**Ul. Gdańska 77a lok.3**

**90-613 Łódź**

W odpowiedzi na Pani wniosek z dnia 28 stycznia 2013 r., złożony w trybie przepisów działu VIII Rozdziału 3 Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2000 r. Nr 98 poz.1071), oraz wniosek z dnia 28 lutego 2013 r., i z dnia 6 marca 2013 r., w sprawie *niezgodnego z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, stosowanego przez NFZ systemu rozliczania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Na wstępie pragnę podkreślić, że środki finansowe jakimi dysponuje NFZ i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są ograniczone, bowiem pochodzą one w szczególności ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 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.), zwanej dalej ustawą.

Tak więc mając na uwadze dyspozycje zawarte w przepisach:

- art. 132 ust. 5 ustawy, zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;

- §14 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), dalej jako OWU, zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie,

Fundusz dokonuje zakupu świadczeń zdrowotnych kierując 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 finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy.** Zatem świadczeniodawcy zawierając z NFZ 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.

Ustawodawca, mając na uwadze ograniczoność środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych, zobowiązał przepisami art. 20 ustawy, świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, do ich realizacji według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, a także do prowadzenia listy oczekujących, w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661). Zgodnie z przepisami §2 ww. rozporządzenia świadczeniodawca stosując kryteria medyczne, o których mowa w §1 rozporządzenia zobowiązany jest do kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii medycznej:

a) "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,

b) "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły i przypadek, o którym mowa w lit. a

i umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących.

Jednocześnie zgodnie z treścią §9 ust. 1 OWU, **świadczeniodawcy zobowiązani są do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy**, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy.

W związku z powyższym określona przez Narodowy Fundusz Zdrowia kolejność uznawania świadczeń do zapłaty, która została wprowadzona w 2009 roku zarządzeniem Nr 79/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2009 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy) ma swoje umocowanie w przepisach powszechnie obowiązujących, w tym w przepisach, których treść została uzgodniona z reprezentatywnymi przedstawicielami świadczeniodawców – OWU).

Świadczeniodawca obowiązany jest prowadzić tak listy oczekujących, by świadczenia opieki zdrowotnej były udzielane przez cały okres obowiązywania umowy, i by w ramach określonej kwoty zobowiązania, zagwarantowano środki na realizację świadczeń nagłych.

Kwestia uniknięcia sytuacji tzw. „wypierania” z rozliczenia świadczeń planowych przez świadczenia udzielone w trybie nagłym, pozostaje w bezpośrednim związku z prawidłowym prowadzeniem list kolejkowych, a to z kolei pozostaje w zależności z poziomem zarządzania określonym podmiotem leczniczym.

Odnosząc się do zarzutu, że przepisy zarządzeń Prezesa NFZ Nr 103/2012/DSOZ oraz 96/2012/DSOZ nie zostały w jakikolwiek sposób inkorporowane do obowiązujących ze świadczeniodawcami umów uprzejmie informuję, iż obowiązek przekazywania danych odnośnie udzielonych świadczeń w podziale na świadczenia „ratujące życie” i „inne niż ratujące życie” wynika wprost z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.).

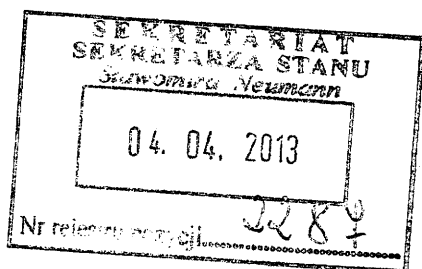
Zgodnie z § 10 ust. 1 w zw. z § 3 pkt 13a wskazanego rozporządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest przekazać informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2011 r., Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

Wskazane zaś powyżej zarządzenia stanowią realizację określonego w § 10 ust. 3 rozporządzenia, upoważnienia do określenia przez NFZ wzoru dokumentu będącego opisem komunikatów stosowanych do przekazywania danych, określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia.

Dodatkowo zauważyć należy, iż stosowany przez NFZ sposób rozliczania świadczeń znajduje swoje prawne oparcie w przepisie art. 451 § 1 k.c., zgodnie z którym w przypadku, gdy dłużnik ma względem tego samego wierzyciela kilka długów tego samego rodzaju, może przy spełnianiu świadczeń wskazać, który dług chce zaspokoić.

Prawo do wskazywania przez NFZ kolejności świadczeń za które płaci wynika więc wprost z przepisów kodeksu cywilnego, nie wymaga więc inkorporacji do treści umowy.

*z poważaniem*  
Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZA STANU  
*Sławomir Neumann*  
Sławomir Neumann



WE DYREKTORA  
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
ZASTĘPCA DYREKTORA

*Anna Lis*  
2013.04.04