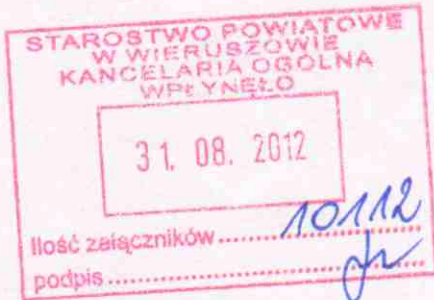


Znak: NFZ/CF/DEF/2012/044/0010/W/22331/ESZ Warszawa, dnia 27 sierpnia 2012 r.

*P. K. Depta  
11 Proszę o rozważenie  
03.09.2012r.*



Pan

Andrzej Szymanek

Przewodniczący

Konwentu Powiatów Województwa Łódzkiego

*OK Sekretarz (Konwent  
- Benkiewicz)  
- p. o przekazywanie składek  
panelu woj. łódzkiego  
- 1x ksero: DP p. wicekierownika  
- do wykonania*

*du 27.08.2012.*

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 sierpnia 2012 r., znak: Sk.0351.11.2012, przy którym przekazano Stanowisko Zarządu Województwa Łódzkiego w sprawie przyjęcia stanowiska w sprawie projektu planu finansowego Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Wartość środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określona w planie finansowym Funduszu na dany rok wynika w szczególności z wartości prognozowanych przychodów Funduszu z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, będących pochodną podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wymiaru tej składki. Należy zauważyć, że zarówno podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne za poszczególne grupy ubezpieczonych oraz wymiar składki na to ubezpieczenie zostały określone przepisami art. 79-81 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.), a w odniesieniu do rolników i ich domowników (oraz członków ich rodzin) przepisami ustawy z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r. (Dz. U. z dnia 1 lutego 2012 r. poz. 123).

Sposób podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia determinują przepisy art. 118 ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia 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).

Środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym na rok 2013 zostały podzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu zgodnie z tymi przepisami.

W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013 na koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w oddziałach wojewódzkich NFZ przewidziano środki w kwocie 62 485 562 tys. zł, co w porównaniu do wartości przedmiotowych środków określonych w pierwotnym planie finansowym na rok 2012 (zatwierdzonym w dniu 16 sierpnia 2011 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów) wynoszącej 60 471 860 tys. zł, oznacza przyrost środków o 2 013 702 tys. zł, co daje ich dynamikę na poziomie około 103,33%.

W rodzaju leczenie szpitalne wartość środków określona w planie finansowym na 2013 r. wynosi 27 239 243 tys. zł i w porównaniu do wartości środków określonych w pierwotnym planie finansowym na rok 2012 wynoszącej 26 331 789 tys. zł, daje przyrost środków o 907 445 tys. zł, co daje dynamikę na poziomie 103,45%. Po uwzględnieniu środków z pozycji B2.17 rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych (w części dotyczącej leczenia szpitalnego) wartość środków na leczenie szpitalne w planie finansowym na rok 2013 wyniesie 29 740 805 tys. zł i będzie wyższa od odpowiadającej jej wartości środków określonych w pierwotnym planie finansowym na rok 2012 o 1 023 316 tys. zł.

Jednocześnie należy zauważyć, iż planowane dla Łódzkiego OW NFZ na rok 2013 środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wynoszą 4 260 059 tys. zł i w porównaniu do środków określonych w pierwotnym planie finansowym oddziału na rok 2012 (wynoszących 4 157 210 tys. zł) są większe o 102 849 tys. zł. Planowane dla Łódzkiego OW NFZ na rok 2013 środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne (z uwzględnieniem środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych w części dotyczącej leczenia szpitalnego) wynoszą 2 045 635 tys. zł i w porównaniu do odpowiadającej im wartości środków określonych w pierwotnym planie finansowym na rok 2012 (wynoszącej 2 030 358 tys. zł) są większe o 15 277 tys. zł.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że w wartość środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem w przeliczeniu na ubezpieczonego w Łódzkim OW NFZ w roku 2013 wyniesie 1 713,57 zł, przy wartości środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem w przeliczeniu na ubezpieczonych we wszystkich OW NFZ w roku 2013 wynoszącej 1 668,84 zł, i jest najwyższa ze wszystkich OW NFZ.

Ponadto w nawiązaniu do kwestii podjęcia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia działań zmierzających do zmiany algorytmu podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uprzejmie informuję, że zmiana przedmiotowego algorytmu wymaga przede wszystkim zmiany przepisu art. 118 ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i w konsekwencji ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia 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.

Mając na uwadze napływające z różnych środowisk, także do Narodowego Funduszu Zdrowia, zastrzeżenia dotyczące funkcjonowania aktualnie obowiązującego algorytmu podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych uprzejmie informuję, że Prezes Funduszu pismem z dnia 24 kwietnia 2012 r. (znak: NFZ/CF/DEF/2012/073/0072/W/11469/MMA), wystąpił do Ministra Zdrowia, w wyniku czego Minister Zdrowia zaprosił przedstawicieli Funduszu do współpracy w celu dalszego doskonalenia mechanizmów podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do kwestii zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej zrealizowane na rzecz pacjentów przyjętych przez szpitale ponad limit określony w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, 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 przez Fundusz 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 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Ponadto wyjaśniam, że mając na uwadze dyspozycje zawarte w przepisach:

- art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którymi 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), zgodnie z którymi Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie,

finansowanie przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych przez świadczeniodawcę odbywa się zgodnie z postanowieniami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a 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.

Mając powyższe na uwadze, w tym w szczególności regulacje formalno-prawne wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odnoszące się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, brak jest podstaw do zapłaty świadczeniodawcom przez Narodowy Fundusz Zdrowia za świadczenia opieki zdrowotnej wykraczające poza zakres umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Ewentualne sfinansowanie tzw. świadczeń ponadlimitowych może nastąpić dopiero po dokonaniu przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, rozliczenia zawartych umów za dany rok, potwierdzeniu sald rozliczeń i zbilansowaniu środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący kontrakty w danym roku poniżej planu.

Odnosząc się do kwestii „uruchomienia rezerw umożliwiających zwiększenie kwoty na realizację świadczeń medycznych w roku 2013 dla Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia” uprzejmie informuję, że ze względu na brak informacji o ostatecznej wartości funduszu zapasowego NFZ (w związku z niezakończoną procedurą rozliczenia wyniku finansowego NFZ za rok 2011), w chwili obecnej uruchomienie przedmiotowych środków jest niemożliwe.

Zgodnie z art. 129 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pokrycia strat z lat ubiegłych, przy czym uchwała Rady może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie do sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.

Rada Funduszu uchwałą Nr 21/2012/II z dnia 26 lipca 2012 r. w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia z wnioskiem o zaopiniowanie sposobu pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r. postanowiła wystąpić do Ministra Finansów i Ministra Zdrowia o opinię w sprawie pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 rok.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 118 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w planie finansowym, tworzy się rezerwę ogólną w wysokości 1 % planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, która na rok 2013 wynosi 642 397 tys. zł.

Wykonanie przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w roku 2013 na poziomie wyższym od ich prognozowanego rozkładu będzie przesłanką do jej uruchomienia.

Ponadto podkreślić należy, że zgodnie z art. 124 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uruchomienie środków z rezerwy ogólnej uwarunkowane jest uzyskaniem przez Prezesa Funduszu pozytywnych opinii ministra

właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych odnośnie przeznaczenia przedmiotowej rezerwy.

Mam nadzieję, że przedstawione powyżej informacje wynikające głównie z przepisów bezwzględnie obowiązujących pozwolą Panu na lepsze zrozumienie obecnej sytuacji finansowej i zasad gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

*Z poważaniem*  
Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Agnieszka Pachciarz*  
Agnieszka Pachciarz