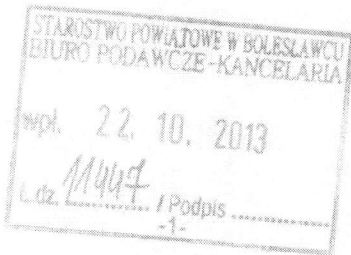
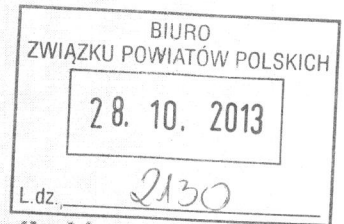


Znak: NFZ/CF/DEF/2013/075/0084/W/2864/ESZ Warszawa, dnia 17 października 2013 r.



Pan
Cezary Przybylski
Przewodniczący Konwentu
Powiatów Województwa Dolnośląskiego



Szanowny Panie Przewodniczący,

W nawiązaniu do przesłanego w dniu 7 października 2013 r. drogą elektroniczną Stanowiska Konwentu Powiatów Województwa Dolnośląskiego w sprawie planu finansowego Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2014 i sytuacji w służbie zdrowia 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 lata 2012 i 2013 (Dz. U. poz. 123, z późn. zm.).

W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2014 sporządzonym przez Prezesa Funduszu w trybie art. 121 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przekazanym Ministrowi Zdrowia (przy piśmie z dnia 30 lipca 2013 r., znak: NFZ/CF/DEF/2013/073/0171/W/21334/MMA) celem zatwierdzenia w porozumieniu z Ministrem Finansów, na koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w oddziałach wojewódzkich NFZ przewidziano środki wynikające z przepisów art. 118 ust. 3-4 ww. ustawy 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).

Zgodnie z przepisem art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu jest dokonywany z uwzględnieniem:

- liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
- wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grup świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- ryzyk zdrowotnych odpowiadających danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Ponadto zgodnie z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowana w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.

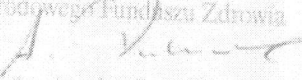
Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę na to, iż wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku zdeterminowana jest zarówno poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu, jak również zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych 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.

Nadmienić również należy, iż zgodnie z obowiązującym porządkiem prawnym zadaniem Funduszu nie jest finansowanie zakładów opieki zdrowotnej czy też monitorowanie ich płynności finansowej, lecz zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych w ramach zamkniętej puli środków finansowych, kierując się przy tym interesem ubezpieczonych, starając się zabezpieczyć na danym obszarze dostateczną ilość poszczególnego rodzaju świadczeń zdrowotnych o jak najwyższej jakości.

Podkreślić należy, że zgodnie ze stanowiskiem Sądu Najwyższego, który w uzasadnieniu do wyroku z dnia 21 grudnia 2004 r. (sygn. I CK 320/2004) rozstrzygnął kwestię dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w kontekście tzw. „nadwykonań”, poziom bezpieczeństwa zdrowotnego (tym samym dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) wyznacza zamknięta pula pieniędzy określona przez ustawodawcę wysokością składki na ubezpieczenie zdrowotne. Dlatego też żaden podmiot działający w zakresie ochrony zdrowia nie może wykroczyć poza środki przyznane mu na ten cel. Jest to sektor finansów publicznych, w którym obowiązuje dyscyplina finansowa i odpowiedzialność za jej naruszenie przewidziana w przepisach z tego zakresu.

Mając powyższe na uwadze uprzejmie informuję, że kwestia zwiększenia środków finansowych w planie finansowym Funduszu na rok 2014 z przeznaczeniem na koszty świadczeń opieki zdrowotnej może być rozpatrywana w sytuacji uzyskania przez Fundusz co najmniej takich przychodów jak założone w planie finansowym, w tym w szczególności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

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

Z poważaniem
Przewodnicząca
Narodowego Funduszu Zdrowia

Agnieszka Pachciarz