



# Narodowy Fundusz Zdrowia

## Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

znak: WSOZ-II.401.3.185.2015  
WSOZ-II.POZ.W.945.MK.2015

Katowice, dnia 24 czerwca 2015 r.

<b>KANCELARIA BIURA</b>	
Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach	
wpł.	2015 -06- 24
L. Dz.	3846
przekazano	.....

Szanowny Pan  
Jacek Kozakiewicz  
Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Katowicach  
40-126 Katowice

W nawiązaniu do przesłanego dnia 26 maja 2015 r. zestawienia pytań i problemów przekazuję poniższe informacje.

Ad. 1 Podsumowanie finansowe roku 2014 w ŚOW NFZ i jego porównanie z rokiem poprzednim:

- przychody ŚOW NFZ za 2014 r. wyniosły 7.871.613,62 tys. zł
- za 2014 r. ŚOW NFZ poniósł koszty w wysokości 7.892.128,59 tys. zł
- Śląski Oddział Wojewódzki NFZ za rok 2014 odnotował ujemny wynik finansowy w wysokości 20.514,97 tys. zł
- wykonanie planu finansowego w zakresie kosztów kontraktowanych świadczeń zdrowotnych wyniosło 99,7 %.
- wykonanie planu finansowego w zakresie *leczenia szpitalnego – oddziałów szpitalnych* wyniosło 99,9 %.

Koszty świadczeń zdrowotnych w roku 2014 były wyższe od kosztów roku 2013 o kwotę 156.762,42 tys. zł. Nastąpił wzrost kosztów o 2,10%.

Ad.2 Kontrole świadczeniodawców - tryb i czas zawiadamiania o kontroli w aspekcie odejścia przez Śląski OW NFZ od poprzednich uzgodnień pomiędzy Dyrektorem Śląskiego OW, a śląskim samorządem lekarskim, dotyczącym zawiadamiania o kontroli z odpowiednim wyprzedzeniem, zgodnym z przepisami prawa.

Zgodnie z § 18 punkt 1 do 4 Zarządzenia Nr 55/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców właściwa *jednostka organizacyjna NFZ zawiadamia pisemnie podmiot kontrolowany o planowanej kontroli najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia*, zgodnie z obowiązującym wzorem takiego zawiadomienia. Powyższy tryb odpowiada obowiązującym przepisom w tym zakresie, w tym zapisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723) wydanego na podstawie art. 64 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Powyższe nie dotyczy kontroli w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Zgodnie z § 4 ust. 8 umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku planowanej przez Fundusz kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie. Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez Fundusz o takim zamiarze z wyprzedzeniem co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.

Powyższe zostało wprowadzone do wzoru umowy Zarządzeniem Nr 3/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającym zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Ad.3 Harmonogramu pracy lekarzy stomatologów w ramach kontraktów z NFZ w odniesieniu do wielkości kontraktu.

W świetle obecnie obowiązującego zarządzenia nr 94/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w § 2 ust. 1 pkt 1 tego zarządzenia zawarto definicję etatu przeliczeniowego.



Jest to liczba punktów rozliczeniowych na miesiąc, przeznaczona na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez jednego lekarza udzielającego świadczeń w wymiarze czasu pracy określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia. Na podstawie § 8 ust. 1 pkt 1 ww. zarządzenia, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu na obszarze właściwości danego oddziału wojewódzkiego zawiera umowy na jeden etat przeliczeniowy w odniesieniu do jednego lekarza pracującego w wymiarze czasu określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia. Według § 8 ust. 2 w uzasadnionych sytuacjach dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odstąpić od zasad określonych w ust. 1 oraz ustalić inną wartość etatu przeliczeniowego, niż wielkość kalkulacyjna określona w § 2 ust. 1 pkt 1. Znajdujący się w tym samym rozdziale zarządzenia (Rozdział 3) § 7 ust. 1 pkt 1 wyraźnie wskazuje, że świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy i realizacji umowy w rodzaju leczenie stomatologiczne obowiązany jest spełniać wymagania określone m.in. w załączniku nr 4. Z załącznika tego wynika, że jednymi z wymagań podstawowych w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych są minimalny czas pracy jednego lekarza wynoszący 15 godzin w tygodniu na pół etatu rozliczeniowego i minimalna liczba dni pracy w tygodniu lekarza w poradni w przypadku całego etatu przeliczeniowego wynosząca 5 dni po 6 godzin dziennie. Z powyższych przepisów wynika, że liczba godzin przypadająca na jeden etat przeliczeniowy jest stała, dopuszczalne jest natomiast w uzasadnionych sytuacjach ustalenie innej wartości etatu przeliczeniowego, niż wysokość kalkulacyjna.

Ad. 4 Innienny harmonogram pracy lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej regulują następujące akty prawne:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- Zarządzenie nr 79/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Zgodnie z treścią § 6 Ogólnych warunków umów, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. oraz § 11 ust. 1 zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ, świadczenia w poradniach specjalistycznych, objęte przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki



zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.

Jednocześnie w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna: „Harmonogram – zasoby”, świadczeniodawca określa dane o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, informacje o osobach udzielających świadczeń w poszczególnych zakresach oraz szczegółowy harmonogram pracy. W przypadku poradni specjalistycznych harmonogram ten dodatkowo określa między innymi w jakich godzinach i w które dni tygodnia udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Informacje te świadczeniodawca obowiązany jest podać do wiadomości świadczeniobiorcy, tym samym pacjent zostaje poinformowany, kiedy i w jakich godzinach może skorzystać ze świadczeń przysługujących mu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Ponadto, umowa nakłada na świadczeniodawcę obowiązek bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do jej realizacji. Przez „potencjał wykonawczy” rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt. Zmiany w zakresie personelu medycznego powinny być zgłaszane najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Z uwagi na różne terminy zgłaszania zmian do umów za pośrednictwem wniosków portalowych przez Świadczeniodawców przyjęto, że termin „niezwłocznie” oznacza „nie dłużej niż 7 dni”.

Ad. 5 Możliwość udostępniania przez Śląski OW NFZ aplikacji służącej weryfikacji uprawnień pacjentów do świadczeń limitowanych czasowo lub ilościowo.

Zgodnie z zarządzeniem 94/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego przysługującego mu zgodnie z rozporządzeniem MZ raz na pięć lat oraz prawa do naprawy uzupełnienia protetycznego raz na dwa lata. Potwierdzenie prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego odbywa się na podstawie pisemnego oświadczenia składanego przez świadczeniobiorcę oraz dodatkowo może być weryfikowane drogą elektroniczną (w formacie dostarczonym przez Fundusz).

W powyższym zakresie konieczna jest kompleksowa modyfikacja systemu NFZ, wprowadzająca na terenie całego kraju jednolitą weryfikację zrealizowanych świadczeń poprzez Portal Świadczeniodawcy. Z tego względu wprowadzenie zmian jest procesem złożonym, na który składają się uwarunkowania techniczne i formalno-prawne. W tym celu niezbędne są analizy przygotowawcze do opracowania aplikacji służącej weryfikacji uprawnień pacjentów do przedmiotowych świadczeń.

Z poważaniem

mgr inż. Andrzej M. Cichy  
Kierownik Biura Wzrostu i Świadczeń  
Kierownik Biura Wzrostu i Świadczeń  
NFZ-SOW Biuro Dyrektora  
ul. Rakowiecka 17/19, 01-121 Warszawa

*Andrzej Cichy*