



Številka: 330-3/2011/26

Datum: 15. 4. 2011

**ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE**

Direkcija

Miklošičeva cesta 24

1507 LJUBLJANA

**ZADEVA: Končni letni obračun zdravljenja bolnikov z inovativnimi (dragimi biološkimi) zdravili**

Spoštovani,

v dopisu z dne 4. 4. 2011 navajate, da je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: zavod) Onkološkemu inštitutu (v nadaljevanju: inštitut) na podlagi pogodbe o izvajanju zdravstvenih storitev nakazal načrtovana sredstva v višini 29 milijonov evrov. Ker inštitut vseh (načrtovanih in plačanih) sredstev za inovativna zdravila ni porabil, jih zavod na podlagi 30. člena Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 terja nazaj. Aneks št. 2 je v 30. členu sedmi odstavek Priloge BOL II/b-2 spremenil tako, da je v točki 1.b izrecno določil, da se v končni letni obračun vključi realizirana vrednost inovativnih zdravil, vendar največ do planirane vrednosti. Kot navajate v dopisu inštitut meni, da je ustvarjena razlika med načrtovano in dejansko realizirano vrednostjo nastala izključno kot posledica njihovih aktivnosti, zato naj bi razlika ostala izvajalcu zdravstvenih storitev, tak naj bi bil tudi namen 27. člena Aneksa št. 2. Zavod pa nasprotno zagovarja stališče, da kljub nejasni določbi 27. člena, leta ne more biti pravna podlaga za to, da inštitutu preplačila ne bi bilo treba vrniti.

Za seznanitev z različnimi argumenti ste vašemu dopisu priložili stališče Ministrstva za zdravje, objavljeno v Dnevniku dne 8. 3. 2011, na podlagi našega zaprosila pa ste nam poslali tudi Pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev za pogodbeno leto 2010 z dne 6. 5. 2010, Aneks št. 1 k tej pogodbi z dne 9. 2. 2011 in Zapisnik 1. naroka arbitraže zaradi nestrinjanja s predlaganim aneksom k Pogodbi o izvajanju programa zdravstvenih storitev za pogodbeno leto 2010 z dne 5. 11. 2010. Računsko sodišče naprošate za mnenje glede obstoja temelja plačila inštitutu za porabljena inovativna zdravila oziroma za mnenje o pravilnosti stališča zavoda.

Odnose med zavodom in izvajalci zdravstvenih storitev ureja *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*<sup>1</sup> (v nadaljevanju: ZZVZZ) v členih od 63 do 68. V skladu s 63. členom se zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter ministrstvo, pristojno za zdravstvo, za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje in določijo obseg sredstev. Na tej podlagi določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebnimi zdravstvenimi delavci. Na tej podlagi je bil 7. 10. 2009 sklenjen *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010* (v nadaljevanju: dogovor 2010), dokončno besedilo je bilo določeno 25. 3. 2010 na podlagi sklepov Vlade Republike Slovenije, ki je odločala o

<sup>1</sup> Uradni list RS, št. 72/06 UPB-3, 91/07, 76/08.

spornih vprašanjih. V skladu s 75. členom dogovora 2010 so partnerji po enakem postopku sprejeli tudi *Aneks št. 1 (8. 7. 2010)* in *Aneks št. 2 (2. 12. 2010) k dogovoru 2010*.

Pogodbe, ki jih zavod sklepa z izvajalci zdravstvenih storitev v skladu s 65. členom ZZVZZ, določajo vrste, obseg in kakovost ter roke za uresničevanje programa oziroma zdravstvenih storitev na podlagi strokovnih standardov za posamezni zavod oziroma organizacijo v celoti ali po dejavnosti. Tretji odstavek 65. člena ZZVZZ določa tudi, da se v pogodbi določijo cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad uresničevanjem pogodbe kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank. V skladu z uveljavljenim modelom dogovarjanja v zdravstvu, ki ima podlago v ZZVZZ, je večina vprašanj in podlag urejenih sistemsko, na ravni splošnega dogovora. Pogodbe, ki jih zavod sklepa s posameznimi izvajalci zdravstvenih storitev pa temeljijo na določilih splošnega dogovora in jih niti ne povzemajo, ampak se v veliki meri nanje sklicujejo. Tudi če upoštevamo, da je posamezna pogodba o izvajanju programa storitev temeljni dokument, ki ureja odnose med zavodom in konkretnim izvajalcem, pa moramo ugotoviti tudi, da posamezna določila splošnega dogovora niso le podlaga za sklenitev pogodbe z določenim izvajalcem, ampak posamezne pogodbe določajo, da se za vsa razmerja, ki s pogodbo niso posebej opredeljena, uporabljajo določila splošnega dogovora, drugi akti zavoda in zakonski predpisi.

Tako je tudi v primeru določitve medsebojnih obveznosti med zavodom in inštitutom. *Pogodba o izvajanju programa zdravstvenih storitev za pogodbeno leto 2010*, ki sta jo 6. 5. 2010 sklenila zavod in inštitut se v več določbah sklicuje na dogovor 2010 (npr. v 3., 4., 5., 6., 8., 18., 19., 22., 25. členu). Pri tem pa sta v zvezi s spornim vprašanjem ključni določbi:

- drugega odstavka 7. člena, ki določa, da bosta pogodbeni stranki "obračunavali zdravstvene storitve v skladu z določili dogovora 2010 in Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev" in
- 22. člena, ki določa, da se za vsa razmerja, ki s pogodbo niso posebej opredeljena, uporabljajo določila splošnega dogovora, drugi akti zavoda in zakonski predpisi.

Omenjena določba drugega odstavka 7. člena ostaja enaka tudi po sklenitvi *Aneksa št. 1 k pogodbi o izvajanju zdravstvenih storitev (9. 2. 2011)*, spremenjen pa je bil prvi odstavek, ki se po novem glasi: "zavod izvajalcu ne bo plačal opravljenih storitev, ki bodo presegle pogodbeno dogovorjeno vrsto in količino storitev, razen za programe, za katere je v dogovoru 2010 opredeljeno plačilo po dejanski realizaciji programa; nad pogodbeno dogovorjeno količino bo zavod plačal izvajalcu tudi programe, za katere je možnost opredeljena v dogovoru in sicer v skladu s pogoji iz dogovora".

Glede na navedeno ugotavljamo, da v zvezi z obračunom zdravstvenih storitev Pogodba o izvajanju programa zdravstvenih storitev za pogodbeno leto 2010 določa, da se obračun izvaja v skladu z določili dogovora 2010, torej na podlagi meril, sprejetih v tem dogovoru in na podlagi poročila o realizaciji dogovorjenega programa (39. člen dogovora 2010). Pri tem sta v tej zvezi relevantni določili Aneksa št. 2 k dogovoru 2010 in sicer:

- 30. člen, ki se nanaša na sedmi odstavek priloge BOL II/b-2; ta določa, da se končni letni obračun za dejavnost akutne bolnišnične obravnave na podlagi SPP izvaja za obdobje januar-december, da se izvaja ločeno za inovativna zdravila, pri tem pa se v končni letni obračun vključi realizirana vrednost inovativnih zdravil iz priloge BOL II/b-5, vendar največ do pogodbeno planirane vrednosti inovativnih zdravil (točka 1.b) in
- 27. člen, ki se nanaša na 27. člen priloge BOL II/b; pri tem je relevanten tretji odstavek, ki določa: "3) Število zdravljenih bolnikov z dragimi zdravili je osnovno merilo, s katerim se ugotavlja namenskost

porabe finančnih sredstev za zdravila, aplicirana v okviru bolnišničnega zdravljenja. Ugotavljanje namenskosti porabe dodatnih sredstev za posamezno zdravilo se lahko razširi tudi na druga draga zdravila, ki se s strokovnega vidika lahko uporabljajo za zdravljenje teh bolnikov. Zavod na podlagi tega primarnega merila ugotavljanja namenskosti porabe sredstev pripravi poročilo tudi za leto 2010. Rezultati poročila bodo podlaga za opredelitev morebitnih sprememb glede dosedanje pogodbene ravni finančnih sredstev, ki jih je v ta namen pridobil posamezni izvajalec."

Razhajanja med zavodom in inštitutom se nanašajo na vprašanje, katera od navedenih določb je ključna za določitev višine plačila zavoda za inovativna zdravila na podlagi končnega letnega obračuna.

Menimo, da je nesporno, da so bile do uveljavitve Aneksa št. 2 k dogovoru 2010 za izvedbo končnega letnega obračuna za inovativna zdravila ključne določbe sedmega odstavka Priloge BOL II/b-2 (ki jih je uvedel že Aneks št. 1 k dogovoru 2010 z dne 8. 7. 2010), kar pomeni, da zavod, do višine pogodbeno načrtovanih sredstev, izvajalcu plača vsa dejansko nabavljena inovativna zdravila. Takšno razumevanje izhaja tudi iz uvodoma navedenega stališča Ministrstva za zdravje. Navedeno tudi pomeni, da zavod povrne inštitutu realizirano vrednost inovativnih zdravil, in ne načrtovane vrednosti teh zdravil. Zato je treba zavreči argument, da mora zavod zagotoviti inštitutu celotno pogodbeno vrednost, ker naj bi bila nižja realizacija posledica doseženih nižjih nabavnih cen, ki so jih izpogajali zaposleni na inštitutu.

Da bi zavod moral inštitutu plačati celotno načrtovano vrednost inovativnih zdravil, ne izhaja niti iz sicer nejasne določbe tretjega odstavka 27. člena priloge BOL II/b. Navedeno določbo je, po našem mnenju, glede na vsebino in namen celotnega 27. člena priloge BOL II/b, razumeti predvsem kot podlago za ugotavljanje namenskosti porabe sredstev za zdravila oziroma draga zdravila pri pripravi poročila za leto 2010 in posledično za prihodnje spremembe pogodbene ravni finančnih sredstev, ki jih za te namene pridobi posamezni izvajalec. Naj dodamo še, da iz splošnega dogovora oziroma njegovih aneksov izhaja, da se sredstva za inovativna zdravila zagotavljajo kot strogo namenska sredstva. To pa pomeni, da z njimi ni mogoče kriti drugih stroškov inštituta, ki nastajajo bodisi iz razlogov na strani inštituta, zavoda ali pa so objektivno pogojeni.

Mnenje je podano na podlagi 21. člena Zakona o računskem sodišču<sup>2</sup> in 46. člena Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije<sup>3</sup> kot osebno strokovno mnenje, ki računskega sodišča ne zavezuje.

Pripravili:

mag. Petra Zemljič,  
svetovalka predsednika



Mag. Valenka Suhadolnik,  
vrhovna državna revizorka

mag. Helena Kralj,  
namestnica vrhovne državne revizorke

---

<sup>2</sup> Uradni list RS, št. 11/01.

<sup>3</sup> Uradni list RS, št. 91/01.

ODP.: 15. 4. 2011 