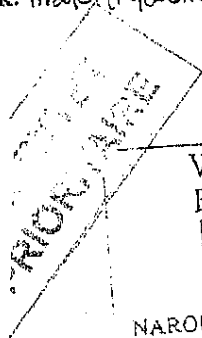




Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

znak: MFZCF/H/2010/073/004/W/13053/BAS

Warszawa, dnia 23 września 2010 r.



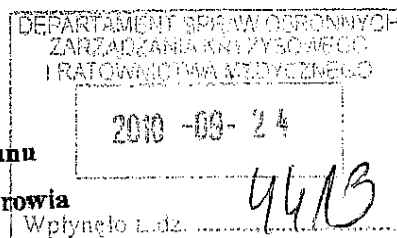
WYŚLANO  
POLECONY  
24 WRZ. 2010  
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA  
CENTRALA  
ul. Koszykowa 78

Pan

Marek Haber

Podsekretarz Stanu

Ministerstwo Zdrowia



Nawiązując do pisma znak: MZ-OKR-RM-450-2692-31/MS/10 z dnia 27 sierpnia 2010 r. dotyczącego: możliwości zawierania umów między Narodowym Funduszem Zdrowia a dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na duże rejonu operacyjne należy stwierdzić co następuje.

Proponowane w pkt. 1) projektu pisma kierowanego do wojewodów rozwiązanie tj. złożenie oferty jako konsorcjum, zrzeszające konsorcjantów po dokładnej analizie prawnej nie może być zaakceptowane jako rozwiązanie możliwe do wdrożenia w procesie kontraktowania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.

Ponowna analiza obecnego stanu prawnego wzbudziła szereg wątpliwości, które uniemożliwiają wprowadzenie wariantu zawierania umów na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami działającymi wspólnie w formie konsorcjum. Mowa tu m.in. o takich problemach i uwagach jak:

- 1) Zakres umocowania konsorcjum (prawa i obowiązki jednostek tworzących konsorcjum, zakres odpowiedzialności członków konsorcjum np. z tytułu realizowanych świadczeń medycznych lub niezgodności realizacji świadczeń z umową),
- 2) Istotnym jest fakt, iż w prawie polskim konsorcjum nie jest prawnie zdefiniowane, jak również nie zdefiniowano typu umowy konsorcjum,
- 3) Brak określenia zasad odpowiedzialności z tytułu ryzyka gospodarczego przy realizacji umowy konsorcjum (zasada wspólnego odnoszenia korzyści i wspólnego ponoszenia ryzyka);
- 4) Istnienie dużego ryzyka powstania sytuacji, w której może dojść do konfliktów w ramach konsorcjum lub do rozbieżności interesów pomiędzy członkami konsorcjum;
- 5) Art. 132. 1. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa, iż podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia; zgodnie z art. 5 ust. 41 świadczeniodawcą jest:

a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,

b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,

c) państwową jednostkę budżetową, o której mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240), tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

Tak więc ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje zamknięty katalog podmiotów, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6) W przypadku rozważanej formuły nie jest możliwe stosowanie rozdziału zadań w ramach odpowiedzialności za rejon operacyjny i tworzenie równych reprezentantów. Wiąże się to z kwestią działalności na własny rachunek i odpowiedzialność za wykonywane czynności zwłaszcza medyczne.

Zasada tworzenia dużych rejonów operacyjnych zawiera w sobie ideę odpowiedzialności organizacyjnej i funkcjonalnej jednego dobrze zorganizowanego podmiotu zabezpieczającego rejon operacyjny. Rozdzielność zadań i kompetencji a także odpowiedzialności takiej struktury jest w sprzeczności z wyżej opisaną ideą rejonu operacyjnego.

7) Ze względu na brak regulacji prawnych pojawiają się kolejne przeszkody tj. brak reguł dotyczących rozliczenia umowy w ramach konsorcjum – fakturowanie przychodów i rozliczenie kosztów, związanych z wykonaniem umowy konsorcjum, odpowiedzialność za finansowe rozliczenie umowy, brak regulacji w zakresie przepływu środków finansowych w ramach konsorcjum, jak również informacji kto będzie ponosił ewentualne dodatkowe koszty związane z rozliczeniem umowy w ramach konsorcjum) i jakie będą konsekwencje podatkowe dla członków konsorcjum z tytułu realizacji umowy (w szczególności w zakresie podatku dochodowego i podatku VAT);

8) Ważnym problemem jest brak w omawianym modelu wskazania, kto odpowiada za dokumentację medyczną w ramach umowy i zasad jej przechowywania, zgodnie z obowiązującym prawem;

9) Trudny do realizacji będzie również zakres ujednoczenia procedur, dokumentacji, systemów łączności w ramach konsorcjum. Doprowadzenie do integracji w tym zakresie pomiędzy członkami konsorcjum wymaga czasu i dodatkowych (w przypadku łączności niemałych) środków finansowych.

10) Istotnym problemem jest również obsługa umowy, w sytuacji, gdy w jednej umowie, po stronie świadczeniodawcy, wystąpi kilka podmiotów. Konsorcjum bowiem nie posiada NIP-u, REGON-u, rejestracji w rejestrach przedsiębiorstw (KRS lub ewidencja działalności gospodarczej) czy też w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę.

Opisane w pkt. 2 i 3 projektu pisma rozwiązania mają już swoje zastosowanie w procesie zawierania umów udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w chwili obecnej.

Alternatywą dla powyższego rozwiązania jest wprowadzenie podwykonawcy w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Należy zauważyć, iż w zarządzeniu Nr 53/2009/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne na 2010r., w celu doprecyzowania i dopuszczenia wszystkich zainteresowanych świadczeniem usług ratownictwa medycznego wprowadzono pojęcie podwykonawcy w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. W § 2 ust. 1 pkt 6 przytoczonego zarządzenia wskazuje się definicję podwykonawcy w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, jako podmiotu spełniającego warunki opisane w zarządzeniu Nr 53/2009/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne i w przepisach odrębnych dla dysponenta jednostek systemu ratownictwa medycznego, który na zlecenie świadczeniodawcy, może wykonywać część zakresu świadczeń umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia pod warunkiem spełnienia wymogu określonego w § 8 ust. 1 przytoczonego zarządzenia.

Natomiast § 8 ust. 1 zarządzenia Nr 53/2009/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne stwierdza, że świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w poszczególnych zakresach mogą być wykonywane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, w przypadku, gdy w Wojewódzkim Planie Działania Systemu, zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w rejonie operacyjnym dla danego zakresu świadczeń przewidziano wykonywanie świadczeń przez więcej niż jeden zespół ratownictwa medycznego.

Należy zauważyć, iż podwykonawcami mogą być podmioty, które posiadają m.in. cechy dysponentów jednostek ratownictwa medycznego. Zgodnie z art. 3 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dysponentem jednostki systemu ratownictwa medycznego jest zakład opieki zdrowotnej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. § 8 ust. 1 zarządzenia Nr 53/2009/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne stwierdza, że świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być wykonywane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 4 do umowy, w przypadku, gdy w Wojewódzkim Planie Działania Systemu, zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w rejonie operacyjnym dla danego zakresu świadczeń przewidziano wykonywanie świadczeń przez więcej niż jeden zespół ratownictwa medycznego.

Natomiast zgodnie przyjętymi zarządzeniem Nr 73/2009/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. kryteriami oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kryterium kompleksowości dodatkowo punktowane (10 pkt.) było samodzielne wykonywanie świadczeń bez udziału podwykonawców. Parametr ten był dodatkowo oceniany na podstawie złożonego przez oferenta oświadczenia o samodzielnym wykonywaniu świadczeń (tj. bez udziału podwykonawców) przez cały okres obowiązywania umowy. Jednakże w świetle obecnie preferowanego modelu organizacji dużych rejonów operacyjnych, obejmujących swoim zasięgiem co najmniej jeden powiat należałoby rozważyć odstąpienie od dodatkowego punktowania tego kryterium.

PREZES  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*dr med. Marek Paszkiewicz*

PREZES  
Narodowego Funduszu Zdrowia

*[Handwritten signature]*

Wydział medyczny

BIURO GŁÓWNE

DEPARTAMENT

B. Sikora

*[Handwritten signature]*

REKTOR  
Katedra i Klinika  
Leczenia Chorób  
Wewnętrznych  
i Geriatrii  
Instytut  
Medycyny  
Leczenia  
Chorób  
Wewnętrznych  
i Geriatrii