



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2010 -04- 2 1

MZ-OKR-RM-450-2716-4/MS/10

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 22.04.2010.

nr 2314 podpis *Borusewicz*

Szanowny Panie Marszałku

SEKRETARIAT  
Biura Prac Senackich  
Wpłynęło dn. 23.04.10  
nr 2823 podpis *M*

W odpowiedzi na **oświadczenie Pana Senatora Marka Trzcíńskiego** złożone wspólnie z innymi Senatorami (przesłane przy piśmie znak: BPS/DSK-043-2567/10), w sprawie propozycji rozwiązań systemowych w zakresie ratownictwa medycznego w Polsce w kontekście m. in. wykorzystania środków unijnych pozyskiwanych przez zakłady opieki zdrowotnej, będące dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości i stabilności realizacji świadczeń zdrowotnych w omawianym zakresie, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień:

Zgodnie z art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2010 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) do postępowania w sprawie zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) na wykonywanie zadań zespołów, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Zadania ZRM natomiast są świadczeniami opieki zdrowotnej, a **świadczenia zdrowotne** zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) mogą być udzielane tylko przez **zakłady opieki zdrowotnej** oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Odnosząc się do **procedury zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ratownictwa medycznego**, należy wskazać, że zasady zawierania tych umów regulują przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa kryteria oceny ofert w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy NFZ jest zobowiązany zapewnić **równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców** ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Naruszenie ww. obowiązku jest naruszeniem powszechnie obowiązującego prawa i stwierdzenie naruszenia ww. przepisu przez Prezesa NFZ lub przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wiązałoby się z podjęciem środków nadzoru,

którymi dysponuje Minister Zdrowia, wskazanych w ww. ustawie. Obecnie **Minister Zdrowia wystąpił do Narodowego Funduszu Zdrowia wzywając do złożenia wyjaśnień w sprawie postępowania o udzielanie świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego w województwie łódzkim.** Należy ponadto wskazać, iż uprawnienia nadzorcze Ministra Zdrowia realizowane są niezależnie od trwających procedur konkursowych i odnoszą się do **kryterium legalności**, a zatem sprowadzają się do weryfikacji zgodności działań organów Funduszu z obowiązującym prawem. Minister Zdrowia **nie dysponuje** natomiast środkami prawnymi, które umożliwiałyby ingerencję w rozstrzygnięcia zapadające w ramach postępowania konkursowego. Prowadzenie postępowania o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do właściwości dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidują środki ochrony prawnej dla uczestników postępowań konkursowych, a także sądową weryfikację prawidłowości rozstrzygnięć zapadających w zakresie postępowania konkursowego.

Zaznaczyć też trzeba, iż dla utrzymania ciągłości i stabilności realizacji umów zawieranych przez NFZ z zakładami opieki zdrowotnej udzielającymi świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego, a przede wszystkim dla stworzenia możliwości należytego wykorzystania funduszy unijnych, o które się te zakłady (lub ich organy założycielskie) ubiegają, możliwym jest zastosowanie art. 156 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który zezwala - pod warunkiem uzyskania zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - **na zawarcie umowy ze świadczeniodawcą na okres dłuższy niż 3 lata**. Skorzystanie z tego przepisu przez obie umawiające się strony pozwoli na spełnienie kryterium trwałości, a tym samym zapobiegnie ewentualnym zwrotom sprzętu zakupionego ze środków unijnych. W tej sprawie jednakże musi zapaść odrębne decyzja. Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne wszystkie ambulanse powinny spełniać wymogi Polskiej Normy PN-EN 1789:2008 „Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – ambulanse drogowe”, co obecnie stanowi wymóg podstawowy w procesie procedury konkursowej.

Jakkolwiek postępowanie konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego podlega regulacjom zawartym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to jednocześnie odbywa się ono w oparciu o przepisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Art. 49 tej ustawy mówi, że **wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

- zawiera umowy na podstawie sporządzanego przez wojewodę wojewódzkiego planu działania systemu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia;

- informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów przez zespoły ratownictwa medycznego;

- działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

Jednocześnie art. 19 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi, iż **planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem ratownictwa medycznego na terenie województwa jest zadaniem wojewody.**

Przywołane wyżej ustawy stanowią o obecnym porządku prawnym m. in. ze względu na charakter wykonywanych świadczeń zdrowotnych (a nie czynności ratowniczych, jak inne służby), specyfiki zatrudnienia i wykonywania zawodu przez kadry medyczne oraz zapewnia równość traktowania zakładów opieki zdrowotnej (publicznych i niepublicznych) przystępujących do konkursu ofert przeprowadzanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co jest zgodne z Konstytucją RP.

Należy wskazać, iż już od początku reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce wraz z wprowadzeniem z dniem 1 stycznia 1999 r. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami. Tak więc już od 11 lat zakłady opieki zdrowotnej – publiczne i niepubliczne – mogą na równych prawach i jednakowych zasadach przystępować do konkursów ofert ogłaszanych na początku przez Kasy Chorych, a obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niezależnie od powyższego, do Ministerstwa Zdrowia napływają od podmiotów prywatnych oraz publicznych, jak też od organizacji je zrzeszających, postulaty dotyczące zasad kontraktowania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego. Należy jednak wskazać, że są to wielokrotnie postulaty wzajemnie się wykluczające. Należy tu mieć na uwadze procesy, jakie już zaszły w ochronie zdrowia, gdyż część publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zwłaszcza szpitali powiatowych) przekształciła się w niepubliczne zoz – y i są to niekiedy jedyne podmioty na terenie danego powiatu udzielające świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.

Ponadto trzeba podkreślić, iż procedura konkursowa opisana w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z jednej strony oparta jest na zasadzie równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, zaś z drugiej strony celem jej jest wyłonienie takiego podmiotu, który zaoferuje najwyższą jakość udzielanych świadczeń, w połączeniu z oceną kryterium cenowego.

Biorąc pod uwagę powyższe wydaje się, że na obecnym etapie przekształcenie ratownictwa medycznego w służbę podobną do Państwowej Straży Pożarnej lub Policji wymagałoby szerokiej analizy związanej z:

- możliwościami prawnymi dokonania takich przekształceń, w tym pod kątem zgodności z zapisami Konstytucji RP,
- możliwościami kadrowymi (obowiązywałoby zatrudnienie na podstawie nowych przepisów i Kodeksu Pracy),

- wprowadzenia w miejsce zoz wykonujących działalność gospodarczą – dotowanych jednostek budżetowych mających ograniczone możliwości finansowe (do wysokości zatwierdzonej ostatecznie przez Parlament) oraz wymaga długiej drogi legislacyjnej w sytuacji konieczności dokonania zmian,
- ograniczoną możliwością dofinansowania przez samorządy,
- długotrwałym okresem wprowadzania olbrzymich zmian w przepisach prawnych,
- utworzeniem odrębnej struktury nadzorczej (obecnie obowiązuje decentralizacja uprawnień na samorządy) przyporządkowanej określonemu resortowi (Ministerstwu Zdrowia lub MSWiA),
- dokonaniem uzgodnień z innymi resortami, w szczególności z Ministerstwem Finansów,
- inne.

Powyższe zostanie skrupulatnie przeanalizowane przez całe Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia.

Odnosząc się do sprawy **wykorzystania środków unijnych na zakup ambulansów** należy podnieść, że koniecznym do uzyskania przez ubiegającego się o wsparcie pochodzące z Unii Europejskiej w ramach XII Priorytetu Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (PO IiŚ) jest uczestnictwo w publicznym systemie ochrony zdrowia, przez co należy rozumieć w obszarze ratownictwa medycznego, zawarcie i wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo przez cały okres realizacji projektu oraz **5 - letni okres jego trwałości** beneficjent zobowiązany został do posiadania umowy z Narodowy Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tak aby sprzęt i aparatura medyczna zakupiona ze środków współfinansowanych z budżetu UE, np. ambulans ratowniczy, wykorzystywana była do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w całości ze środków publicznych.

Beneficjenci ubiegający się o wsparcie ze środków UE mieli świadomość konieczności utrzymania trwałości projektu przez cały okres jego realizacji i 5 lat od jego zakończenia. To beneficjent ma obowiązek zapewnienia trwałości projektu poprzez spełnienie wszystkich wymogów kontraktowych. Tylko w ten sposób bowiem może nastąpić osiągnięcie celów wyznaczonych w projekcie.

W celu uwrażliwienia beneficjentów w sektorze ochrony zdrowia na problem utrzymania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z publicznym płatnikiem, nałożono na nich w § 16 ust. 3 umowy, obowiązek informacyjny, polegający na niezwłocznym informowaniu instytucji wdrażającej o zawarciu lub rozwiązaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zaniechanie tego obowiązku przez beneficjenta traktować należy jako naruszenie zobowiązań wynikających z zawartej umowy, co w konsekwencji mogłoby prowadzić nawet do jej rozwiązania.

Zasadnicza modyfikacja projektu, w rozumieniu art. 57 rozporządzenia Rady Unii Europejskiej nr 1083/2006, polegająca na zaprzestaniu udzielania świadczeń przez beneficjentów w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, może mieć swoje odpowiedniki w stosunku do każdego typu beneficjentów w innych priorytetach PO IiŚ, którzy zaprzestają prowadzenia działalności na taką skalę, jak deklarowana we wniosku o dofinansowanie. W takich sytuacjach, analogicznie jak w sektorze zdrowia, może również zaistnieć konieczność zwrotu dofinansowania otrzymanego z budżetu UE. Tym

samym podobne problemy mogą wystąpić w innych sektorach, a w żadnym z nich nie ma gwarancji państwa, że np. przez cały okres trwałości projektu infrastrukturalnego będzie on spełniał przypisane mu cele.

W przypadku gdyby beneficjent PO IiŚ w okresie realizacji projektu lub w okresie jego trwałości nie zawarł umowy z NFZ na kolejny okres rozliczeniowy, instytucja wdrażająca zgodnie z § 19 ust. 2 pkt 2 umowy, może rozwiązać umowę o dofinansowanie ze skutkiem natychmiastowym, a beneficjent zobligowany jest w takiej sytuacji do **zwrotu przyznanego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych**.

Jeżeli jednak beneficjent w okresie trwałości projektu dokonał zasadniczej jego modyfikacji, w rozumieniu art. 57 ust. 1 rozporządzenia 1083/2006, w szczególności nie udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, instytucja wdrażająca PO IiŚ może rozwiązać umowę o dofinansowanie w trybie natychmiastowym, ale kwota wymagana do zwrotu określana jest przy uwzględnieniu długości okresu, w którym beneficjent nie dokonał zasadniczej modyfikacji projektu liczonego proporcjonalnie do 5 letniego okresu trwałości projektu (zasada proporcjonalności - § 19 ust. 4a umów o dofinansowanie). Opisywane wyżej rozwiązanie, niewątpliwie korzystne dla beneficjentów, wprowadzone do umów o dofinansowanie w ramach ich ostatniej nowelizacji, uzależnia wysokość zwrotu przez beneficjenta środków finansowych z tytułu niedotrzymania przez niego nakazu trwałości projektu od długości okresu, w którym ambulans zakupiony ze środków UE był faktycznie użytkowany w ramach umowy zawartej z NFZ.

Należy się jednak spodziewać, że skala zjawiska utraty przez beneficjentów PO IiŚ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie 5 lat od zakończenia realizacji projektu (okres trwałości) może w przyszłości nieznacznie przybierać na sile, ze względu na coraz większą konkurencję na rynku świadczeń ratownictwa medycznego finansowanego z budżetu państwa za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczeniodawcy dysponują już bowiem coraz lepszym sprzętem i aparaturą medyczną (również dzięki wsparciu ze środków UE), a także coraz lepiej wyszkolonym personelem zespołów ratownictwa medycznego, przygotowanym do udzielania medycznych czynności ratunkowych, dzięki czemu sukcesywnie poprawia się bezpieczeństwo zdrowotne polskich pacjentów.

**W podsumowaniu** należy stwierdzić, że obowiązujące przepisy zakładają równość traktowania podmiotów (publicznych i niepublicznych) w procesie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego i są zgodne z Konstytucją RP. Najważniejszym problemem i zagrożeniem, jaki podnoszą dysponenti jednostek systemu pozaszpitalnego, jest uczestnictwo w procedurze konkursowej, która może doprowadzać i doprowadza do zmienności dysponentów w systemie, co z kolei stwarza możliwość braku wypełnienia kryterium ciągłości projektów dofinansowanych ze środków unijnych oraz brak możliwości podejmowania przez dyrektorów zoz długoterminowych inwestycji i decyzji dotyczących ich funkcjonowania. Przyjmując argumenty przedstawione przez podpisanych pod oświadczeniem senatorów, należy jednakże stwierdzić, że proponowane przez nich rozwiązanie polegające na utworzeniu ze struktur ratownictwa medycznego służby na wzór Państwowej Straży Pożarnej, czy Policji, może okazać się nieefektywne z

punktu widzenia oczekiwanych przez realizatorów systemu pozaszpitalnego korzyści finansowych, możliwości zapewnienia wystarczającej liczby kadry medycznej do wypełnienia niezbędnej ilości etatów oraz może doprowadzić do niezadowolenia i protestów pozostałej części samorządów zawodowych i organizatorów opieki zdrowotnej, co w obecnej sytuacji jest już demonstrowane. Podkreślenia wymaga też fakt, iż wypracowanie rozwiązań sprzyjających z jednej strony stabilności realizacji świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej, z drugiej zaś należytej ich jakości, która kształtowana jest m. in. poprzez mechanizmy kontrolne w tym obszarze, powinno odbywać się z udziałem wszystkich podmiotów biorących udział w procesie zarządzania, organizacji, realizacji i finansowania tych świadczeń (wojewoda, oddział wojewódzki NFZ, przedstawiciele samorządów i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego z danego terenu). Wykazując niezbędną ostrożność w podejmowaniu szybkich w tym temacie decyzji oraz kierując się potrzebą rozwiązania zaistniałego problemu, Minister Zdrowia przystąpił do rozmów z Prezesem NFZ w celu dokonania niezbędnych zmian w zarządzeniu w sprawie kontraktowania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego. Niezależnie od tego Minister Zdrowia podda pod ocenę, we współpracy z innymi resortami, stanowisko wyrażone przez Państwa Senatorów oraz przeanalizuje inne możliwe rozwiązania np. zmianę sposobu kontraktowania świadczeń pozaszpitalnych, co wydaje się na chwilę obecną najbardziej korzystne, zasadne i stwarza szanse skutecznego rozwiązania zgłaszanego problemu.

*Z poważaniem*

Z poważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSSEKRETARZ STANU

*Marek Haber*