

Łódź, dnia 28 stycznia 2013 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny  
Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Maz.

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

Związek Pracodawców Szpitali Samorządu Województwa Mazowieckiego  
(zrzeszający podmioty lecznicze określone w załączniku nr 1 do niniejszego wniosku)

Zrzeszenie Szpitali Powiatowych i Miejskich Województwa Łódzkiego  
(zrzeszający podmioty lecznicze określone w załączniku nr 2 do niniejszego wniosku)

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce

Powiatowe Centrum Zdrowia w Brzezinach Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie

III Szpital Miejski im. dr Karola Jonschera w Łodzi

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej – Curie w Zgierzu

*reprezentowani przez radcę prawnego*

**Katarzynę Fortak – Karasińską**

FORTAK & KARASIŃSKI Radcowie Prawni Sp. P.

ul. Wiejska 17 lok. 13

Warszawa

adres korespondencyjny:

ul. Gdańska 77a lok. 3

90-613 Łódź

**Pan**  
**Bartosz Arłukowicz**  
**Minister Zdrowia**  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

**Wniosek o wszczęcie postępowania,  
w ramach sprawowanego nad Narodowym Funduszem Zdrowia nadzoru,  
w związku z jego działaniami dotyczącymi sposobu kwalifikowania przez NFZ świadczeń  
zdrowotnych do zapłaty oraz przyjętego systemu rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych.**

Działając w imieniu Mocodawców, których pełnomocnictwa przedstawiam w załączeniu, na podstawie art. 162 ust.1, art. 163 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki



zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) w związku z art. 241, art. 242 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2000 r. Nr 98 poz. 1071) **wnoszę o:**

- wszczęcie postępowania mającego na celu dostosowanie do przepisów obowiązującego prawa działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie przyjętego jednostronnie przez NFZ sposobu kwalifikowania do zapłaty i rozliczania świadczeń zdrowotnych w lecznictwie szpitalnym, w ten sposób, iż w pierwszej kolejności rozliczane są i podlegają zapłacie świadczenia ratujące życie, pomimo iż zostały udzielone później w stosunku do świadczeń planowych, w tym wnoszę w szczególności o wydanie na podstawie art. 165 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zaleceń co do zmiany systemu informatycznego stosowanego przez NFZ, poprzez wprowadzenie modelu naliczania świadczeń do zapłaty według kolejności ich udzielenia.

### Opis bezprawnego działania Narodowego Funduszu Zdrowia

Z dniem 1 stycznia 2011 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził model rozliczania świadczeń do zapłaty przez Oddziały Wojewódzkie NFZ, polegający na tym, że:

- świadczeniodawca sprawozdaje wykonane świadczenie tzw. komunikatem I fazy;
- dane importowane są do systemu Oddziałów Wojewódzkich NFZ;
- zaimportowane dane podlegają weryfikacji;
- po zakończeniu weryfikacji NFZ udostępnia świadczeniodawcy komunikat zwrotny, który jest albo pozytywny (tzn. świadczenie może być rozliczone) albo negatywny (tzn. świadczenie nie może być rozliczone)

Stworzenie modelu związane jest z koniecznością funkcjonowania systemu komputerowego, który służy realizacji jego założeń. System informatyczny służący sprawozdawaniu i rozliczaniu świadczeń zdrowotnych został opracowany w taki sposób, iż realizując powyższy model, przyjmuje wykonane świadczenia do rozliczenia w następującej kolejności:

- w pierwszej kolejności uznawane są świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony;
- następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony;
- następnie świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony;
- następnie świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony.

System został tak opracowany, iż sprawdza kolejność uznawania świadczeń do zapłaty, wymagając aby były rozliczane w ww. kolejności. W przypadku, gdy kolejność byłaby odmienna od ww., system będzie odrzucał pozycje do czasu wskazania ich w odpowiedniej kolejności.

Skutki przedmiotowej sytuacji można zobrazować na następującym przykładzie: jeżeli szpital w ramach limitu może wykonać operacje u dwóch pacjentów i przeprowadzi je w ramach planowych świadczeń, a później – w czasie tego samego okresu rozliczeniowego – będzie musiał jeszcze wykonać taką samą operację kolejnym dwóm osobom, które trafiły do szpitala w trybie nagłym np. po wypadku komunikacyjnym, to NFZ zapłaci szpitalowi tylko za pacjentów, którzy trafili do tej placówki po wypadku. Natomiast podmiot leczniczy zostaje pozbawiony możliwości otrzymania zapłaty za wykonane uprzednio (w ramach limitu) operacje planowe.



Narzucony przez NFZ system rozliczeń de facto sprowadza się do:

- niemożności rozliczenia przez Świadczeniodawcę i uzyskania zapłaty za świadczenia planowe udzielone w ramach limitu;
- dokonywania przez NFZ zapłaty za świadczenia ratujące życie udzielone poza limitem przysługującym Świadczeniodawcy w danym okresie rozliczeniowym (miesiąc) w miejsce uprzednio udzielonych świadczeń planowych;
- „wypierania” z rozliczenia świadczeń planowych przez udzielone czasowo później świadczenia ratujące życie.

Prawną konsekwencją przyjętego przez NFZ systemu rozliczeniowego jest to, iż Świadczeniodawca ma znacznie utrudnioną możliwość dochodzenia na drodze sądowej zapłaty za świadczenia ponadlimitowe udzielone jako „ratujące życie”. Art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje podstawę prawną do dochodzenia zapłaty za świadczenia ponadlimitowe, jedynie wówczas, gdy udzielone są one w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. Zaś system rozliczeniowy przyjęty przez NFZ powoduje, iż niezapłacone pozostają świadczenia planowe, mimo, iż udzielone zostały czasowo przed świadczeniami ratującymi życie.

Powyższe działanie pogłębia trudną sytuację finansową podmiotów leczniczych. Zgodnie bowiem z art. 15 ustawy z dnia 11 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 poz. 654) „podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.” Przy takim obowiązku nałożonym przez ustawodawcę oraz przy zastosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia sposobie rozliczania udzielonych świadczeń, bilansowanie działalności podmiotów leczniczych wydaje się niemożliwe.

### Regulacja prawna działań Narodowego Funduszu Zdrowia

Przedmiotowe działanie NFZ – u wynika z dwóch obecnie obowiązujących Zarządzeń Prezesa NFZ:

- Zarządzenia Nr 103/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 grudnia 2012 roku w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) (poprzednio obowiązujące Zarządzenie Nr 45/2012/DSOZ z dnia 18 lipca 2012 roku o tożsamej treści)
- Zarządzenia Nr 96/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2012 roku w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w postaci elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczenia świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ / KAOS. (poprzednio obowiązujące Zarządzenie Nr 89/2011/DSOZ z dnia 1 grudnia 2011 roku o tożsamej treści)

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 103/2012/DSOZ, w stosunku do umów zawartych do 2010 roku włącznie (tj. umów z modelem wskazywania świadczeń do zapłaty przez świadczeniodawcę poprzez przekazywanie komunikatów II fazy), w załączniku nr 2 do przedmiotowego Zarządzenia (str. 12) została określona kolejność uznawania świadczeń do zapłaty, która prezentuje się w sposób określony w niniejszym piśmie w opisie bezprawnego działania Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast Zarządzenie Nr 96/2012/DSOZ w załączniku nr 2 (str. 2) sankcjonuje ww. kolejność uznawania świadczeń do zapłaty w stosunku do umów z modelem naliczania świadczeń do zapłaty po stronie OW NFZ (tj. umów zawieranych od 1 stycznia 2011 roku).

## Analiza prawna przedstawionego działania

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135), zwanej dalej ustawą, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ. Zgodnie z utrwalonym w tym zakresie orzecznictwem (por. Wyrok SN z 10.12.2004 III CK 134/04, OSP 2005, z. 6, poz. 79) jest to umowa nazwana, której istotne cechy zostały uregulowane w ww. ustawie, w tym fakt, iż zgodnie z art. 155 ust. 4 umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Zgodnie z art. 136 pkt 4) ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami. W związku z powyższym stosując, zgodnie z art. 155 ust.1 ustawy, art. 77 § 1 Kodeksu Cywilnego jakkolwiek zmiana postanowień umownych, w tym dotyczących rozliczania udzielonych świadczeń, powinna przybrać formę pisemną i stanowić aneks do umowy. W tym miejscu należy stanowczo podkreślić, iż zapisy Zarządzenia 103/2012/DSOZ oraz 96/2012/DSOZ nie zostały w jakikolwiek sposób inkorporowane do obowiązujących ze Świadczeniodawcami umów.

Oprócz samej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosunek pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia jest regulowany przez akty, wynikające z § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. nr 81 poz. 484 ) to jest przez:

- 1) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135);
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81 poz. 484);
- 3) warunki wymagane od świadczeniodawców określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 4) odrębne przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

Powyższe wyliczenie, obejmujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także akty prawne opisane w § 5 ust. 1 ww. Rozporządzenia wyczerpuje katalog źródeł regulujących stosunek prawny pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z uwagi na fakt, iż obydwa kwestionowane w niniejszym piśmie Zarządzenia Prezesa Funduszu zostały wydane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy stwierdzić, iż takie zarządzenia nie mieszczą się w katalogu aktów regulujących stosunek pomiędzy Funduszem oraz Świadczeniodawcami, zawartym w § 5 ust. 1 ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku.

Okoliczność, iż Zarządzenie Nr 96/2012/DSOZ zostało dodatkowo wydane w oparciu o § 23 ust. 8 załącznika do przywoływanego Rozporządzenia Ministra Zdrowia nie ma w niniejszej sprawie znaczenia, z uwagi na fakt, iż przedmiotowy przepis nie daje jakiegokolwiek podstawy to określenia kolejności uznawania świadczeń do zapłaty, nakładając jedynie obowiązek przekazywania Funduszowi rachunków w formie pisemnej i elektronicznej.

Ponadto warto przyrzeć się opisanej powyżej podstawie wydania kwestionowanych Zarządzeń. Zgodnie z art. 102 ust. 5 u.ś.o.z do zakresu działania Prezesa Funduszu należy w szczególności:

- pkt 21 – nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- pkt 25 - ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.



Z analizy powyższego wyliczenia jednoznacznie wynika, iż działania Prezesa NFZ podejmowane na podstawie ww. przepisów mogą mieć charakter wewnętrzny i regulują jedynie kwestie wewnętrzne dotyczące funkcjonowania oddziałów wojewódzkich Funduszu. Oczywiście jest, iż takie działania, które nie zostały inkorporowane do obowiązujących umów, nie mogą, w sposób wiążący, narzucać drugiej stronie stosunku cywilnoprawnego postanowień, dotyczących tak istotnych kwestii umownych jak zapłata za usługę.

Zatem forma wprowadzenia przez Fundusz nowego sposobu rozliczania udzielonych świadczeń stanowi rażąco naruszenie podstawowych zasad porządku prawnego i zmierza do obejścia prawa.

Dlatego też nakazy te nie powinny być wiążące dla drugiej strony umowy tj. świadczeniodawców. Jednakże z uwagi na fakt, iż jest to jedyna metoda rozliczeń z Funduszem, świadczeniodawcy są niejako przymuszeni do realizacji postanowień niezawartych w dokumentach regulujących, łączący ich z NFZ – em, stosunek cywilnoprawny.

Niniejszy wniosek składam w trybie przepisów Działu VIII Rozdziału 3 Kodeksu postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2000 r. Nr 98 poz. 1071) realizując zagwarantowane w art. 63 Konstytucji RP prawo każdego podmiotu do składania skarg i wniosków do organów władzy publicznej. Zgodnie z art. 242 Kodeksu postępowania administracyjnego wniosek składam do organu właściwego ze względu na jego treść, to jest to Ministra Zdrowia jako organu, który zgodnie z art. 162 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych sprawuje nadzór nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z powyższym wnoszę jak w *petitum*.

LD/M/1193 Katarzyna Fortak-Karasińska  
*Karasińska*  
RADCA PRAWNY

Office in Brussels  
Square de Meeüs 40  
1000 Brussels  
Tel.: +32(0)2 401 68 11  
Fax: +32(0)2 401 12 12

Biuro w Warszawie  
ul. Książęca 4  
00-498 Warszawa  
(budynek GPW, V p.)  
Tel.: (+48 22) 537 70 65  
Fax: (+48 22) 537 70 66

Biuro w Łodzi  
ul. Gdańska 77a/3  
90-613 Łódź  
Tel.: (+48 42) 676 90 20  
Fax: (+48 42) 678 90 25  
[www.fandk.com.pl](http://www.fandk.com.pl)

