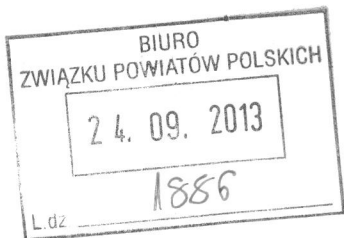


Znak: NFZ/CF/DSOZ/2013/074/0026/W/24765/PB

Warszawa, dnia 16.09.2013 r.



Pani  
Janina Kwiecień  
Przewodnicząca  
Konwentu Starostów  
Województwa Pomorskiego

*Szanowna Pani Przewodnicząca*

Odpowiadając na Pani wystąpienie z dnia 1 sierpnia 2013 r. dotyczące kontraktowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie województwa pomorskiego, proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do efektywnego gospodarowania posiadanymi środkami finansowymi i optymalnego zabezpieczenia świadczeń na danym terenie – co nie jest równoznaczne z zawarciem umowy ze wszystkimi oferentami. W wyniku niedokonania wyboru wszystkich dotychczasowych świadczeniodawców prawa pacjenta w zakresie dostępności do świadczeń nie zostaną naruszone, ponieważ zgodnie z art. 29 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.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Głównym celem procedury konkursowej jest wyłonienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które zaoferują najwyższą jakość, dostępność oraz kompleksowość udzielanych świadczeń za najbardziej korzystną cenę, przy zachowaniu zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. Zadaniem komisji konkursowej nie jest przyznanie kontraktu wszystkim podmiotom, ale wyłonienie najlepszych z nich, według jasno określonych kryteriów określonych w przepisach prawa. Dlatego też, podstawą przyznania

kontraktu w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przychodnie przyszpitalne), nie może być sam fakt posiadania przez szpital tomografu komputerowego czy rezonansu magnetycznego. Natomiast zgodnie z obowiązującymi przepisami, w przypadku poradni specjalistycznych, dodatkowo premiowana jest możliwość wykonania badań TK lub RM w lokalizacji. Jednocześnie pragnę wskazać, że brak kontraktu w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych kosztochłonnych (ASDK), nie jest dla danego podmiotu równoznaczny z brakiem możliwości udzielania świadczeń z zakresu tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w rodzaju leczenia szpitalne.

Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, zadania NFZ (w tym Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu) określa ustawa o świadczeniach oraz wydane na jej podstawie przepisy wykonawcze. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określone zostały przez Ministra Zdrowia w odpowiednich rozporządzeniach. W odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.), Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przywołanymi powyżej przepisami. Warunki konieczne (wymagane) stanowią podstawę przyjęcia oferty do dalszego postępowania. Zgodnie a art. 146 ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu określa m.in. kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców. Przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych.

Wszystkie oferty są oceniane według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w przepisach prawa. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Wszyscy oferenci, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczają, iż zapoznali się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłaszają do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmują je do wykonania.

Jednym z podstawowych zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ jest efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału. Plan zakupu świadczeń w odniesieniu do liczby i zakresu świadczeń sporządzany jest w oparciu o epidemiologię oraz

strukturę i rozmieszczenie ludności (np. określona liczba świadczeń na 10 tys. mieszkańców lub zabezpieczenie świadczeń na określonych obszarach kontraktowych).

Postępowania konkursowe ogłoszone zostały w większości specjalności na poziomie powiatu lub grupy powiatów, a w rzadkich i unikalnych specjalnościach jak: genetyka i większość specjalności dziecięcych - na poziomie województwa, co dawało szansę na wybór oferentów, którzy będą dysponowali określonym potencjałem kadrowym oraz sprzętowym. W niektórych specjalnościach rozkład świadczeń dokonał się nierównomiernie terytorialnie, co może powodować oddalenie komunikacyjne od poradni specjalistycznych. Obecnie prowadzone są (lub już zostały przeprowadzone) uzupełniające postępowania konkursowe, głównie w zakresach, gdzie nie został w pełni zrealizowany plan zakupu świadczeń np. w zakresie położnictwa i ginekologii (we wskazanych gminach), chorób zakaźnych, genetyki, czy też nefrologii.

Odnosząc się do propozycji umiejscowienia procedur wysokospecjalistycznych w Gdańsku, a w dalszej kolejności dla podmiotów ze Słupska i Gdyni pragnę zauważyć, że w Trójmieście współczynnik nakładów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej na 10 tys. mieszkańców należy do najwyższych na terenie całego województwa pomorskiego. I tak np. współczynnik nakładów na 10 tys. mieszkańców w II półroczu br. znacznie przekraczał średnią dla województwa pomorskiego:

- w zakresie kardiologii woj. pomorskie - 50 629, Gdańsk - 110 848, Gdynia - 66 525, Sopot 82 294,
- w zakresie urologii woj. pomorskie - 17 909, Gdańsk - 29 943, Gdynia - 22 541, Sopot 26 970
- w zakresie chirurgii woj. pomorskie - 55 846, Gdańsk - 73 706, Gdynia - 76 033, Sopot - 61 346,
- w zakresie alergologii woj. pomorskie - 12 861, Gdańsk - 22 396, Sopot - 14 985,
- w zakresie diabetologii woj. pomorskie - 13 858, Gdańsk - 21 807, Gdynia - 17 467 Sopot - 16 810,
- w zakresie okulistyki woj. pomorskie - 68 009, Gdańsk - 97 901, Gdynia - 76 248.

W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad projektem nowelizacji ustawy o świadczeniach, która w sposób systemowy ma rozwiązać sprawę poradni przyszpitalnych.

Pragnę też dodać, że kształcenie lekarzy (także w ramach specjalizacji) nie należy do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do zarzutu, iż niepotrzebnie został wprowadzony do formularzy rankingu końcowego zapis: „dane z oferty końcowej (po negocjacjach)”, skoro negocjacje nie zawsze są przeprowadzane, należy podkreślić, że treść formularzy ma postać uniwersalną, możliwą do zastosowania w każdej sytuacji. Natomiast regulacja art.142 ust. 6 ustawy o świadczeniach wyraźnie wskazuje, że komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej lub ceny za udzielane świadczenia, nie oznacza to jednak, że ma taki obowiązek.

Uniwersalne zapisy formularza stosowanego przy rankingu ofert dotyczą także parametru „ciągłość”. Formularz dotyczy wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, nie tylko ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nie jest on definiowany jako udzielanie przez dany podmiot świadczeń w latach ubiegłych.

Należy również dodać, że decyzją nr RWA – 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r., Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nakazał Narodowemu Funduszowi Zdrowia zaniechanie stosowania jako kryterium oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, okoliczności realizowania przez oferenta umowy w dniu złożenia oferty. Narodowy Fundusz Zdrowia niezmiennie zabiega także, w ramach ostatnio projektowanych zmian ustawowych prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia, o odpowiednią ustawową definicję pojęcia ciągłości, tak aby można uwzględnić dotychczasowy przebieg umowy świadczeniodawców z Funduszem.

Odnosząc się do kwestii zachowania ciągłości leczenia należy także dodać, że zgodnie z § 12 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 81, poz. 484), lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne pacjenta zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeśli posiada pisemną informację od specjalisty o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych. Taką informację lekarz specjalista zobowiązany jest przekazać, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, do lekarza kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zaświadczenie wydane przez lekarza, który nie jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, stanowi również dokument wystarczający do wypisania pacjentowi przez lekarza poz recepty na lek objęty refundacją, przy czym warunkiem koniecznym jest dysponowanie przez tego lekarza udokumentowanym rozpoznaniem schorzenia – ustalonym samodzielnie lub przez innych lekarzy w związku z prowadzoną diagnostyką i leczeniem pacjenta. W przypadku pacjenta pierwszorazowego wpisanego do kolejki oczekujących istotne są kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się

świadczeniodawcy umieszczając pacjentów na listach oczekujących. Pacjent, uzyskując skierowanie z naniesioną przez lekarza kierującego adnotacją „pilne”, ze względu na dynamikę procesu chorobowego, ma możliwość uzyskania świadczenia w terminie wcześniejszym.

Należy także wskazać, że zgodnie z wyjaśnieniami otrzymanymi od Pani Małgorzaty Paszkowicz, p.o. Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w ramach Programu „Zdrowie dla Pomorzan 2005-2013 – Wieloletni Program Rozwoju Systemu Zdrowia Województwa Pomorskiego”, w skład tzw. „zespołów roboczych” weszli także przedstawiciele Oddziału. Prace związane z realizacją Programu, zbiegły się w czasie z ogłoszonymi przez Pomorski OW NFZ konkursami na świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji, wymagającymi dużego zaangażowania wszystkich pracowników, dlatego też udział w spotkaniach z przedstawicielami samorządu województwa nie był satysfakcjonujący dla koordynatorów Programu. Jednocześnie zadeklarowano, iż Pomorski OW NFZ w najbliższym czasie przekaze Panu Mieczysławowi Strukowi, Marszałkowi Województwa Pomorskiego uwagi do ww. Programu.

Pragnę także dodać, że stosownie do postanowienia art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawcom, którzy uznają że ich interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy. Podmioty prowadzące działalność leczniczą, które nie zostały wybrane w postępowaniu konkursowym, mogą skorzystać z tej drogi odwoławczej, zgodnie z którą Prezes Funduszu jako organ II instancji ponownie rozpoznaje i rozstrzyga sprawę administracyjną oraz ocenia prawidłowość decyzji wydanej w I instancji.

Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Agnieszka Pachulicz*  
Agnieszka Pachulicz

Do wiadomości:

1. Pan Bartosz Arłukowicz Minister Zdrowia
2. Pani Renata Hayder Przewodnicząca Rady NFZ
3. Pan Tomasz Latos Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
4. Pan Marek Trams Prezes Zarządu Związku Powiatów Miast Polskich