



Minister Zdrowia

DLU.050.6.2024.KS
Warszawa, 07 marca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 1490 Pana Tadeusza Tomaszewskiego, w sprawie przeprowadzenia pilnego przeglądu przepisów dotyczących zasad kontraktowania usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, proszę o przyjęcie poniższego stanowiska Ministra Zdrowia.

Na wstępie warto wskazać, że umowy na realizację świadczeń w zakresie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego zawierane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podmiotami wskazanymi w załączniku nr 1 „Realizatorzy pilotażu oraz obszar działania centrum zdrowia psychicznego” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.). Oddział Funduszu, w prowadzonym następnie po ogłoszeniu wskazanego załącznika nr 1 do rozporządzenia CZP postępowaniu wnioskowym, zgodnie z treścią zarządzenia nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, weryfikuje spełnienie przez podmioty wskazane przez Ministra Zdrowia warunków wymaganych do realizacji pilotażu. Po przeprowadzeniu takiej weryfikacji i pozytywnej ocenie spełnienia warunków, zawierana jest umowa na świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z tym konkretnym podmiotem. Umowa na realizację programu pilotażowego na obszarze miasta Konina i powiatu konińskiego została zawarta ze świadczeniodawcą: Centrum Medycznym MULTIMED Tadeusz Jucyk spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Podmiot ten został wskazany jako realizator programu pilotażowego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1288). Umowa ta obowiązuje od dnia 1 stycznia 2024 r. do dnia 31 grudnia 2024 r., zgodnie z wynikającym z rozporządzenia CZP okresem trwania pilotażu. Zgodnie z treścią rozporządzenia CZP, świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu, zobowiązuje się do objęcia opieką populacji osób powyżej 18 roku życia, zamieszkałej na obszarze wskazanym w załączniku nr 1 do wskazanego rozporządzenia. W przypadku podmiotu zlokalizowanego w Koninie, z którym Fundusz zawarł taką umowę, obszar ten określono jako powiat koniński i m. Konin. Co istotne, podmiot wskazany jako realizator, przed podpisaniem umowy o realizację pilotażu, zobowiązany jest do przedstawienia oferty dotyczącej podwykonawstwa w realizacji pilotażu wszystkim podmiotom, które na podstawie umów zawartych z Funduszem udzielają świadczeń opieki zdrowotnej tożsamych ze świadczeniami udzielanymi w programie pilotażowym na

obszarze działania centrum. Podmiot Centrum Medyczne MULTIMED Tadeusz Jucyk spółka z o.o., poinformował Oddział Funduszu, że przedstawił świadczeniodawcom realizującym umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na obszarze działania centrum (miasto Konin i powiat koniński) propozycję współpracy, które to podmioty nie wyraziły jednak zgody na to, aby zostać podwykonawcami utworzonego na tym obszarze centrum. Dodatkowo świadczeniodawca w toku postępowania wnioskowego przedłożył w Oddziale Funduszu kopie przedstawionych tym podmiotom propozycji współpracy, a oferty te zawierały warunki finansowania wyższe niż w obecnie obowiązujących umowach zawartych z Funduszem (zgodnie z treścią rozporządzenia CZP proponowane warunki finansowe nie mogą być niższe niż te określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). W związku z upływającym w dniu 31 marca 2024 r. terminem obowiązywania umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień i przystąpieniem do procedury przedłużenia okresu ich obowiązywania do dnia 30 września 2024 r., Oddział Funduszu przeprowadził ponowną weryfikację działań podejmowanych przez centra zdrowia psychicznego w zakresie nawiązania współpracy, tj. zawarcia umów na podwykonawstwo z podmiotami udzielającymi świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na obszarze objętym umową pilotażową w zakresach tożsamych z realizowanymi przez centra zdrowia psychicznego. Otrzymana korespondencja od podmiotów leczniczych (potencjalnych podwykonawców), zawierała negatywne stanowiska w przedmiocie wyrażenia zgody na realizację dotychczasowych zadań w ramach tzw. umowy podwykonawczej zawartej z właściwym terytorialnie realizatorem programu pilotażowego. Wobec powyższego, jak również uwzględniając możliwość przedłużenia umów zawartych ze świadczeniodawcami funkcjonującymi w tożsamych zakresach świadczeń na obszarze działania centrów zdrowia psychicznego, Oddział Funduszu przedłożył świadczeniodawcom z obszaru działania centrum zdrowia psychicznego w Koninie aneksy przedłużające okres obowiązywania umów do dnia 30 września 2024 r., przy czym tylko jeden z dwóch funkcjonujących na tym terenie podmiotów taki aneks podpisał. Niezależnie od przedstawionych wyjaśnień dotyczących finansowania świadczeń w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego przez jednego świadczeniodawcę z terenu Konina należy zauważyć, że poruszona w interpelacji kwestia związana z odrzuceniem oferty jednego ze świadczeniodawców, miała związek z ustaleniem przez Naczelnego Sądu Administracyjnego, że oferta tego podmiotu zawierała nieprawdziwą informację. W ocenie NSA podstawą odrzucenia oferty był zatem art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 124), nie zaś art. 149 ust. 1 pkt 7 tej ustawy, który dotyczy niespełniania warunków wymaganych określonych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego oraz określonych w regulacjach wydawanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy podkreślić, że żadna z przesłanek dotyczących odrzucenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, enumeratywnie określonych w art. 149 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nie dotyczy przypadku, kiedy oferta nie spełnia warunków kryterialnych, tj. dodatkowo ocenianych w oparciu o regulacje rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.). Tym samym w Interpelacji niewłaściwie wskazano, że taki przepis jest błędny, bowiem w ogóle nie istnieje taka regulacja. W opisywanej sprawie ocena prawna NSA, którą dyrektor Oddziału pozostawał związany przy ponownym rozpatrywaniu tej sprawy, sprowadzała się do tego, że świadczeniodawca w złożonej przez siebie ofercie w zakresie dotyczącym warunku dodatkowo ocenianego zawarł nieprawdziwą informację, że warunek ten spełnia podczas, gdy w rzeczywistości go nie spełniał. Dlatego w ocenie NSA oferta tego podmiotu powinna zostać odrzucona. To na skutek tego rozstrzygnięcia Oddział Funduszu wypowiedział umowę zawartą z tym świadczeniodawcą. Wyjaśniając zagadnienie odrzucania/nie odrzucania oferty w postępowaniach konkursowych, należy wskazać iż zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, odrzuca się ofertę

(złożoną do postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) zawierającą nieprawdziwe informacje. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na prawomocne orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 5 lutego 2020 r. o sygn. akt III SA/GI 961/19, w którym wskazano iż „(...) o nieprawdziwości oferty w rozumieniu ustawy o świadczeniach można mówić wówczas, gdy składający ją oferent świadomie składa oświadczenie wiedząc, że jest ono niezgodne z prawdą. Nie można zaś mówić o nieprawdziwości oferty w sytuacji, gdy oferent udzielił odpowiedzi zgodnie ze swą najlepszą wiedzą adekwatnie do jego rozumienia pytania, a sama Komisja Konkursowa nie była w stanie ocenić, czy jest ona prawdziwa, bo miała wątpliwości co do sensu pytania ofertowego (...). W takiej sytuacji nie zachodzi nieprawdziwość oferty, o której mowa w art. 149 ust. 1 pkt 2 wskazanej ustawy nakazująca jej wykluczenie (...)”. W wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z 5.02.2015 r. (sygn. akt IV SA/Po 1084/14), wskazano między innymi: „(...) przyjąć należy, iż przez owe podanie nieprawdziwych informacji uznane winno być takie działanie świadczeniodawcy, który aby uzyskać pozytywne dla siebie rozstrzygnięcie podaje informacje, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. Innymi słowy z podaniem nieprawdziwych informacji będziemy mieli do czynienia w sytuacji celowego działania oferenta, który mimo świadomości niemożliwości spełnienia określonych warunków, deklaruje taką możliwość. Należy podkreślić, że nie każda nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty (...)”. Nawiązując do powyższego orzecznictwa, należy wskazać na indywidualny charakter każdej sprawy, który w konsekwencji determinuje postępowanie komisji konkursowej przeprowadzającej postępowanie konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa ma możliwość ustalenia i oceny występowania nieprawdziwej informacji (powodującej odrzucenie oferty) lub też wystąpienia okoliczności, w której oferent udzielił błędnej informacji. W sytuacji gdy stwierdzona nieprawidłowość nie stanowi w sposób oczywisty celowego działania świadczeniodawcy, rolą komisji konkursowej jest wyjaśnienie rozbieżności w złożonej ofercie. W tym miejscu należy wskazać, że w toku prowadzonego postępowania konkursowego oferent może złożyć pisemne oświadczenie o zmianie odpowiedzi w ankiecie wraz z uzasadnieniem, a w konsekwencji wprowadzenie przez Komisję konkursową zmiany w ankietach w zakresie zgodnym z oświadczeniem. Nie bez znaczenia jest fakt, że prawidłowość przebiegu postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podlega kontroli sądowno-administracyjnej. Zgodnie z art. 154 ust. 1 – 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawca (biorący udział w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia tego postępowania konkursowego, które rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie, która jest ostateczna. Od decyzji Prezesa Funduszu świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Reasumując, w w/w przepisach wskazano ścieżkę odwoławczą dotyczącą prawidłowości przebiegu postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazane przepisy w bezsporny sposób określają, że ostatecznie o prawidłowości przeprowadzenia w/w postępowania konkursowego orzekają niezawisłe sądy administracyjne. Odnosząc się do kwestii propozycji zmian, zawartych w przepisach dotyczących kontraktowania świadczeń, w szczególności „(...) rezygnacji w ocenie ofert za ciągłość udzielanych świadczeń i punktów pokrewnych, a zwłaszcza za kompleksowość (...)” oraz „(...) podpisywania kontraktów bezterminowo a negocjowanie jedynie co roku warunków finansowych (...)”, należy wskazać iż zgodnie z art. 139 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zawieranie przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159 i art. 159a, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Celem

postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest wyłonienie oferentów, którzy uzyskali najwyższą liczbę punktów podczas oceny ich ofert, na podstawie kryteriów oceny, określonych w art. 148 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Zgodnie z art. 148 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, porównanie ofert w toku postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny – udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wszelkie kwestie dotyczące zmiany sposobu oceniania ofert podczas postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymagają zmian w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów oceny ofert. Dokonanie istotnej zmiany w kwestii: „(...) rezygnacji w ocenie ofert za ciągłość udzielanych świadczeń i punktów pokrewnych, a zwłaszcza za kompleksowość (...)” oraz „ (...) podpisywania kontraktów bezterminowo a negocjowanie jedynie co roku warunków finansowych (...)”, w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (obowiązujących od 1 października 2004 r.) wymagałoby przeprowadzenia szczegółowych konsultacji w sprawie. Obecnie wydaje się jednak nieuzasadnione z uwagi na premiowanie podmiotów zapewniających najwyższą jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cenę, udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, o ile globalnie Narodowy Fundusz Zdrowia dąży do jak najszerzego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, to na lokalnym rynku usług zdrowotnych może dochodzić do sytuacji nadpodaży świadczeniodawców w wybranych zakresach świadczeń. Istnienie mechanizmu selekcji i konkurencji na rynku usług medycznych nadal zatem znajduje uzasadnienie uwzględniając zadanie NFZ do zabezpieczenia dostępu do najlepszych ofert na danym obszarze. Jednocześnie, zgodnie z art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, który w swojej działalności jest związany przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które ma obowiązek stosować. Odnosząc się do propozycji wprowadzenia zmian w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, a mających na celu „(...) praktyczne uniemożliwienie pracownikom NFZ praktyk korupcyjnych (...)”, należy zauważyć, iż w art. 139 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wskazano wprost, że członkiem komisji konkursowej (przeprowadzającej postępowanie konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) nie może być osoba, która:

- jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
- pozostaje z tym świadczeniodawcą, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
- jest związana, z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze wskazanym świadczeniodawcą, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
- pozostaje z tym świadczeniodawcą, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

Członkowie komisji, po otwarciu ofert składają, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich wyżej wymienione przesłanki. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.” Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Reasumując należy zauważyć, iż w/w przepisy prawa (obowiązujące od 1 stycznia 2015 r.) są normami mającymi wyeliminować zjawisko konfliktu interesu członków komisji konkursowej (przeprowadzający postępowanie konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) oraz zapobiegać zjawiskom korupcyjnym podczas postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustosunkowując się do kwestii możliwości przesuwania środków między powiatami, uprzejmie informuję, że Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ dokonuje oceny stanu zabezpieczenia świadczeń w oparciu o dane dotyczące liczby i rodzaju świadczeń zdrowotnych oraz zapotrzebowania na nie w danym regionie oraz ma możliwość elastycznego reagowania w zależności od zidentyfikowanych potrzeb. Zgodnie z art. 124 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dyrektor OW NFZ może dokonywać przesunięć w ramach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału. W świetle przedstawionych wyjaśnień uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje aktualnie podjęcia prac legislacyjnych mających na celu zmianę przepisów dotyczących kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/