



DLU.050.23.2024.KS
Warszawa, 20 czerwca 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 2773 Pana Michała Kołodziejczaka – Posła na Sejm RP, w sprawie przepisów dotyczących zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej NFZ, przekazujemy poniższe wyjaśnienia Ministerstwa Zdrowia.

Ad. 1 Jakie jest stanowisko Pani Minister w sprawie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych?

Ad. 2 Jakie działania zostaną podjęte w celu naprawy systemu NFZ?

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem.

Podstawowe zasady dotyczące kontraktowania świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 858) oraz przepisy wydane na jej podstawie. Przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Prezes Funduszu dokonuje wyboru ofert w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
- 2) kompleksowości,
- 3) dostępności,
- 4) ciągłości,
- 5) ceny

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Szczegółowe kryteria dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń wraz z przypisaniem poszczególnym warunkom rankingującym określonej punktacji są zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm.). Warunki kryterialne służą uporządkowaniu poszczególnych ofert na liście rankingowej, a tym samym wyłonieniu najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu.

Pokreślenia wymaga fakt, że są to kryteria, które stanowią uzupełnienie wobec warunków podstawowych (obligatoryjnych), określonych w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z tym ich spełnianie przez świadczeniodawców

umożliwia uporządkowanie poszczególnych ofert na liście rankingowej, a tym samym wyłonienie najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu. Ostateczną decyzję, czy dana oferta spełnia określone warunki podejmuje komisja konkursowa, która przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa może przeprowadzać weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa, a także zażądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta. Taka weryfikacja jest natomiast obowiązkowa wobec oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest na określoną czynność komisji konkursowej.

Ponadto informuję, że do zadań publicznego płatnika należy monitorowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes Funduszu może również przeprowadzić kontrolę realizacji umowy w zakresie określonym ustawą o świadczeniach. Obejmuje on m.in. kontrolę dotyczącą organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie. Co istotne, nieprawidłowości stwierdzone w wyniku kontroli mają również wpływ na wyniki postępowania o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, np. w przypadku świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – oferent może otrzymać punkty ujemne, jeżeli w okresie ostatnich 36 miesięcy poprzedzających dzień ogłoszenia postępowania stwierdzono u niego na podstawie kontroli zakończonej nałożeniem kary umownej – że udzielał świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie. Ujemnych punktów nie otrzyma natomiast oferent, który wcześniej nie posiadał umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ponadto informujemy, że zgodnie z obowiązującymi przepisami – wszelkie nieprawidłowości dotyczące wykonywania umów powinny być zgłaszane do właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, która mają obowiązek przeprowadzić postępowanie wyjaśniające. W związku z powyższym poszczególne przypadki niewłaściwej realizacji umowy powinny być wyjaśnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ad. 3 Czy Pani Minister będzie rekomendowała możliwość przesuwania środków między przyległymi powiatami w przypadku kiedy w danym powiecie nie zgłosił się żaden oferent?

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. Należy też dodać, że w przypadku braku możliwości zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, w której świadczenia w danym zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej były udzielane przez jednego świadczeniodawcę na określonym obszarze, Prezes Funduszu może dokonać zmiany umowy o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą w tym zakresie na obszarze sąsiadującym z tym obszarem, na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy.

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