



## MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-ZR-71-23548-1/TK/11

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 25.03.11.

nr. 1378 podpis. Borusewicz

Warszawa, 2011-03-23

7 Kwieciak  
SEKRETARIAT  
Biuro Prac Senackich  
wpłynęło dn. 25.03.11  
nr. 2675 podpis. K

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Senatora Zbigniewa Cichonia na 71. Posiedzeniu Senatu w dniu 3 marca 2011 roku, przesłane przy piśmie Pani Grażyny Anny Sztark, Wicemarszałka Senatu, z dnia 10 marca 2011 roku (znak: BPS/DSK-043-3388/11), w sprawie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2011 roku przez Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 ze zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.

Zgodnie z art. 97 ww. ustawy, do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, zgodnie z art. 146 ust. 1 ww. ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.

Odnosząc się do kwestii zawartych w treści oświadczenia, przede wszystkim należy zwrócić uwagę na zasady zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisem art. 107 ust. 5 pkt 8 i 10 cytowanej ustawy, do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia należy przeprowadzanie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, a także zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych. Podstawą do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z przepisem art. 132 ust 1 ww. ustawy, jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z przepisem art. 134 przytoczonej ustawy, Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. W trakcie trwania procedury konkursowej, zgodnie z art. 148 cytowanej na wstępie ustawy, Fundusz porównuje złożone przez świadczeniodawców oferty w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacji kosztów, a następnie, zgodnie z przepisem art. 142 ust. 5 pkt 1 ww. ustawy, może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają możliwie najlepsze warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w trakcie postępowania konkursowego świadczeniodawca może negocjować liczbę i cenę planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, co bezpośrednio wynika z art. 142 ust. 6 cytowanej ustawy. Należy jednak podkreślić, iż ilość planowanych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych, a także świadczeń opieki zdrowotnej z innych zakresów, wynika z danych historycznych, prognozy wynikającej z danych epidemiologicznych oraz przepisu art. 132 ust. 5 ww. ustawy, w świetle którego, wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Mając na uwadze przytoczone przepisy, uprzejmie informuję Pana Marszałka, iż Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zajęcie stanowiska do kwestii poruszonych w treści oświadczenia.

Zgodnie z wyjaśnieniami płatnika świadczeń, umowy we wszystkich rodzajach świadczeń (poza ratownictwem medycznym) i obowiązujące w roku 2010 i latach wcześniejszych, utraciły ważność z dniem 31 grudnia 2010 roku – z upływem okresu na który zostały podpisane. W związku z powyższym, płatnik świadczeń opieki zdrowotnej przystąpił do kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2011, zgodnie z przyjętym planem zakupu świadczeń oraz w trybie określonym cytowaną na wstępie ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. poprzez przeprowadzenie konkursu ofert.

Jak wskazuje Małopolski OW NFZ, z uwagi na przeprowadzenie po raz pierwszy od kilku lat konkursu ofert (co oznacza otwarcie się rynku na nowe podmioty, a tym samym konieczność zmierzenia się z wymaganiami konkurencyjności przez „starych” świadczeniodawców pewnych dotychczas swoich kontraktów), spotkał się z negatywnym nastawieniem dotychczasowych realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej, wyrażającym się nawet próbami zablokowania prac komisji konkursowych – poprzez akcję masowych protestów oraz bojkot negocjacji. Należy podkreślić, że pomimo tych trudności, wszystkie komisje zakończyły swoje prace regulaminowo, a świadczenia dla mieszkańców województwa małopolskiego zostały zabezpieczone. Do konkursu ofert ogłoszonego przez Fundusz mogły przystąpić na równych prawach wszystkie podmioty z obszaru zdefiniowanego w ogłoszeniu konkursowym, spełniające wymagania określone przepisach szczegółowych. Każda prawidłowo złożona oferta podlegała ocenie według jednolitych i jawnych kryteriów (jakość, dostępność, ciągłość, kompleksowość, cena), natomiast ostatecznie wyborowi podlegały oferty uszeregowane według tzw. rankingu końcowego, poczynwszy od najwyższej ocenionej, aż do wyczerpania kwoty danego postępowania. Powyższa procedura nie dopuszcza elementu uznaniowości, subiektywizmu lub stosowania kryteriów oceny innych niż wynikające z obowiązującego prawa, w tym przypadku ujętych w Zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Zgodnie ze stanowiskiem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ogłoszone w dniu 15 września 2010 roku postępowania konkursowe w poszczególnych rodzajach świadczeń były rozstrzygane sukcesywnie do miesiąca grudnia 2010 roku. Następnie, po dokonaniu pokonkursowej analizy poziomu zabezpieczenia świadczeń, przeprowadzone zostały postępowania uzupełniające w trybie rokowań (80

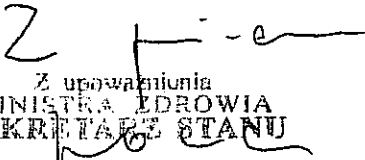
postępowań) oraz dodatkowych konkursów ofert (132 konkursy) w przypadkach, gdy dostępność do świadczeń uzyskana w wyniku konkursów głównych nie była odpowiednia. Jak wskazuje płatnik świadczeń, w chwili obecnej dostępność do świadczeń dla mieszkańców województwa małopolskiego należy uznać za satysfakcjonującą.

Odnosząc się do kwestii nie zakontraktowania świadczeń w niektórych placówkach realizujących umowy w roku 2010 uprzejmie informuję Pana Marszałka, iż o wyborze świadczeniodawców do realizacji umów decyduje procedura konkursowa, która nie gwarantuje kontynuacji umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą, jeżeli jego oferta została oceniona niżej niż oferty pozostałych podmiotów, w tym nowych oferentów. Tym samym, bezpośrednią przyczyną nie podpisania umowy z niektórymi dotychczasowymi świadczeniodawcami było zadziałanie mechanizmu konkurencyjnego przy otwarciu się rynku usług medycznych, jakie następuje co kilka lat - gdy wygasają dotychczasowe umowy i Fundusz ogłasza konkursy ofert. Jak wyjaśnia Narodowy Fundusz Zdrowia, nakłady finansowe dedykowane na przedmiotowe świadczenia, mimo iż wyższe niż w roku 2010, nie pozwoliły na zakontraktowanie wszystkich placówek przystępujących do konkursu, zarówno dotychczasowych świadczeniodawców, jak i nowych oferentów. Obowiązujące szczegółowe kryteria oceny ofert, jak również zapisy ustawowe (art. 134 ust 1 cytowanej na wstępie ustawy) oraz praktyka orzecznicza (decyzja Prezesa UOKiK nr RWA - 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 roku), nie pozwalają na stosowanie jakichkolwiek preferencji wobec „starych” świadczeniodawców – takie właśnie praktyki byłyby bowiem uznane za przejaw nierównego traktowania. Należy jednak zaznaczyć, iż zgodnie ze stanowiskiem Małopolskiego OW NFZ, ze wszystkimi podmiotami, których oferty nie zostały odrzucone z powodu nie spełniania wymagań bezwzględnych, zostały przeprowadzone negocjacje dotyczące ceny i liczby świadczeń, w toku których strony miały możliwość pełnego zaprezentowania i uargumentowania swojego stanowiska. Rozstrzygnięcia konkursów są więc wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji, w niektórych przypadkach nawet kilkakrotnych. Ponadto należy podkreślić, że wśród podmiotów, które nie uzyskały kontynuacji umowy na rok 2011 (nie na skutek arbitralnej decyzji Funduszu, ale zadziałania mechanizmu konkursowego), nie ma placówek, które można by określić jako kluczowe lub strategiczne z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia (np. jednostek klinicznych czy poradni przy oddziałach szpitalnych).

Równocześnie uprzejmie informuję Pana Marszałka, iż w związku z podnoszonymi informacjami o nieprawidłowościach w kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej na

2011 rok przez Małopolski OW NFZ, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, przeprowadziła kontrolę ogłoszonych i rozstrzygniętych przez Małopolski OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zespół kontrolujący stwierdził, że dla rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna postępowania prowadzone przez komisję konkursową zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującą procedurą konkursową. W przypadku świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne, kontrolerzy stwierdzili uchybienia, polegające na braku w dokumentacji czterech postępowań podpisów kilku spośród 21 członków komisji, brak podpisania z jednym świadczeniodawcą protokołu końcowego negocjacji. Uchybienia te nie miały wpływu na końcowy rezultat postępowania konkursowego. Stwierdzono jedną błędną decyzję komisji konkursowej, w wyniku której doszło do niekorzystnego rozstrzygnięcia dla oferenta. W tym przypadku Dyrektor Oddziału Funduszu uwzględnił odwołanie oferenta i ogłosił dodatkowe postępowanie uzupełniające w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

  
Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
SEKRETARZ STANU  
*Jakub Szulc*