



Minister Zdrowia

Warszawa, 16-03-2016 r.

UZ-ZR.070.12.2016/AK

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

Dot. interpelacji Pani Poseł Marii Janyskiej, w sprawie kontraktowania medycznych usług specjalistycznych

W odpowiedzi na interpelację nr 738 Pani Poseł Marii Janyskiej, w sprawie kontraktowania medycznych usług specjalistycznych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Zgodnie z przepisem art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, ze zm.), podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie należy do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Powyższe zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, co wynika z art. 107 ust. 5 ww. ustawy. Do postępowań w sprawie zawarcia umów zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązujące oraz zarządzenia Prezesa NFZ, wydawane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ww. ustawy.



W związku z załączonym do interpelacji wystąpieniem Burmistrza Krzyża Wielkopolskiego, wskazującym na nieprawidłowości w kontraktowaniu świadczeń, wynikające z zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 r., uprzejmie informuję, że ww. zarządzenie miało zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna na 2012 r. Zarządzeniem tym nałożono warunek, iż poradnia specjalistyczna powinna być czynna nie krócej niż 3 dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godz. 7.30 a godz. 14.00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 14.00 a godz. 20.00. Mając na uwadze otrzymywane sygnały o pogorszeniu dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na skutek braku możliwości odstąpienia od ww. warunku, Minister Zdrowia wszczął postępowanie administracyjne, dotyczące stwierdzenia nieważności wskazanego przepisu. W związku z podjętymi działaniami, w zarządzeniu Nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. (stosującym się do postępowań w sprawie zawarcia umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna na 2013 r.) dodany został przepis, iż w przypadku braku możliwości zabezpieczenia właściwego dostępu do świadczeń na danym terenie, w związku z deficytem świadczeniodawców określonych specjalności, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić uzupełniające postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z ograniczeniem wymagań, dotyczących harmonogramu czasu pracy poradni specjalistycznych.

Zgodnie z otrzymanymi informacjami, Wielkopolski Oddział Funduszu, w celu poprawy dostępności do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej na terenie powiatu czarnkowsko-trzcianeckiego, do którego administracyjnie przynależy gmina Krzyż Wielkopolski, przeprowadził konkursy uzupełniające na specjalistyczne świadczenia opieki zdrowotnej z obniżeniem warunków w zakresie harmonogramu czasu pracy poradni, jednak na te postępowania nie wpłynęła żadna oferta.

Przedstawiając powyższe, Wielkopolski Oddział Funduszu podkreślił, iż okres obowiązywania zawartych przez WOW NFZ umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna upływa z dniem 31 grudnia 2016 r., zatem sytuacja na rynku podmiotów leczniczych może ulec zmianom, chociażby w zakresie ich rozmieszczenia. Warunkiem oczekiwanego zabezpieczenia usług medycznych jest jednak przystąpienie podmiotów leczniczych, posiadających miejsce realizacji świadczeń na terenie gminy, do realizacji usług w przedmiotowych zakresach, jak również spełnienie przez nich wymaganych warunków określonych w obowiązujących przepisach.

Odnosząc się do pytania o *zalecenie regionalnym NFZ przeanalizowanie i rozmieszczenie kontraktowania świadczeń tak, aby zapewnić dobry dostęp do sieci usług specjalistycznych, biorąc pod uwagę odległość*, należy zaznaczyć, iż dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych warunkują różne czynniki, duże znaczenie ma zwłaszcza potencjał lecznictwa istniejącego na danym terenie. Jednocześnie należy podkreślić, że uchwalona w dniu 22 lipca 2014 r. ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138, ze zm.), celem zapewnienia zgodnego z potrzebami zdrowotnymi, wynikającymi z aktualnych trendów demograficznych i epidemiologicznych, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadziła mapy potrzeb zdrowotnych. Mapy dostarczać będą danych potrzebnych do przeprowadzenia analizy dostosowania infrastruktury medycznej i potencjału osobowego do potrzeb zdrowotnych na danym obszarze, co pozwoli na zapewnienie na danym terenie bardziej racjonalnego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz inwestycji w sektorze ochrony zdrowia. NFZ podczas procesu planowania zakupu świadczeń zdrowotnych będzie miał obowiązek uwzględniać wytyczne zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych. Do dnia ogłoszenia map potrzeb zdrowotnych, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Piotr Gryza
/podpis elektroniczny/