Warszawa, dn. 2012 -05- 31

GABINET MARSZAŁKA SENATU
wpłynęło dn. 11.06.2012r.
nr 2784 podpis MPiec

MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-PR-070-27752-1/JC/12

Pan
Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Roberta Dowhana – Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, przekazane przy piśmie Pani Marii Pańczyk-Pozdziej – Wicemarszałka Senatu z dnia 15 maja 2012 r. (znak: BPS/043-11-403/12) w sprawie zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, uprzejmie wyjaśniam, iż podstawą prawną przeprowadzenia postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna na 2012 rok jest zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Z przepisu § 11 ust. 5 ww. zarządzenia wynika, iż harmonogram poradni specjalistycznych powinien spełniać następujące warunki: poradnia specjalistyczna powinna być czynna nie krócej niż trzy 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 14.00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między godz. 14.00 a 20.00.

Powyższy przepis nie zawiera natomiast zastrzeżenia o możliwości przyjęcia przez strony, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, odmiennego harmonogramu, odpowiadającego ustalonej liczbie świadczeń. Taką możliwość przewidywał przepis § 11 ust. 5 zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka

specjalistyczna. Mając powyższe na względzie, w ramach procedury badania decyzji podejmowanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (zarządzeń), o której mowa w art. 163 ust. 2 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.), Minister Zdrowia wystąpił do Prezesa Funduszu o przedstawienie stosownych wyjaśnień w sprawie. Zgodnie z brzmieniem § 11 ust. 5 zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ, warunek czasu pracy poradni (minimalny warunek) będzie obowiązywał wszystkich świadczeniodawców w 2012 roku. W następstwie nowego brzmienia przepisu § 11 ust. 5, organizacja pracy poradni powinna spełniać wymagany, wskazany w ww. zarządzeniu warunek. Jako uzasadnienie eliminacji dotychczasowej możliwości określania odmiennego harmonogramu pracy poradni specjalistycznych wskazano konieczność zagwarantowania świadczeniobiorcom minimalnego (12-godzinnego) dostępu do poradni specjalistycznych, niezależnie od regionu kraju przez nich zamieszkanego, czy rodzaju wykonywanej pracy (praca zmianowa). Jednocześnie, analogicznie jak w poprzednich latach, w prowadzonych postępowaniach konkursowych, premiowane są poradnie oferujące dłuższy niż minimalny czas pracy poradni.

Należy podkreślić, iż instrumenty ingerencji Ministra Zdrowia w treść zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, realizowane w ramach sprawowanego nadzoru, określone są w art. 163 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z tym przepisem, Minister Zdrowia bada decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność decyzji w całości lub w części, w przypadku gdy:

1) narusza ona prawo lub
2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej lub
3) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

Zgodnie natomiast z art. 165 ust. 3 ww. ustawy, przesłanką wydania zaleceń Prezesowi Funduszu jest ustalenie, iż jego działalność narusza prawo lub interes świadczeniobiorców. Naruszenie interesu świadczeniobiorców oraz niewłaściwe zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej mogą być zatem podstawą do zastosowania przez Ministra Zdrowia instrumentów nadzoru. Przesłanki te jednakże powinny mieć wymierny i rzeczywisty charakter, a przede wszystkim rozstrzygnięcia nadzorcze powinny być wydawane w jednoznacznym stanie faktycznym. Do postępowania przed Ministrem Zdrowia w zakresie nadzoru stosuje się

przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego (art. 181 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Stwierdzenie nieważności przez Ministra Zdrowia następuje w drodze decyzji administracyjnej i musi być poprzedzone postępowaniem administracyjnym, przeprowadzonym zgodnie z wymogami określonymi w Kodeksie postępowania administracyjnego, w tym z wymogami w zakresie materiału dowodowego do ustalenia stanu faktycznego.

Badając zgodność wskazanych w zarządzeniu rozwiązań z prawem, stwierdzić należy, iż możliwość wprowadzenia wymogu dotyczącego czasu pracy poradni specjalistycznej znajduje swoją podstawę prawną w przepisie art. 146 ust. 1 pkt 3 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.), z którego wynika, iż Prezes Funduszu określa warunki wymagane od świadczeniodawców.

Badając rozwiązania zawarte w ww. zarządzeniu pod kątem drugiej z przesłanek (tj. pod kątem poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), Minister Zdrowia prowadzi bieżącą korespondencję, dotyczącą poziomu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Z informacji uzyskanej od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że zawarte zostały na 2012 rok umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z 22 640 podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą w poszczególnych zakresach.

W toku postępowań o udzielanie świadczeń zdrowotnych odrzucone zostały oferty łącznie 379 podmiotów leczniczych – oferentów, którzy przystąpili do konkursu ofert, mimo że oferty nie spełniały warunków dotyczących harmonogramu. Liczba oferentów, których oferty odrzucono stanowi 2% ogólnej liczby świadczeniodawców Funduszu.

Z uwagi na niespełnienie warunku dotyczącego harmonogramu, nie zawarto umów ze 192 świadczeniodawcami, którzy udzielali świadczeń w 2011 r., co stanowi 1 % ogólnej liczby świadczeniodawców Funduszu. Zwiększeniu natomiast uległa jednocześnie wartość średniego kontraktu z kwoty 154 666 zł w roku 2011 do kwoty 172 224 w roku 2012.

Minister Zdrowia pismem z dnia 10 kwietnia 2012 r. wszczął postępowanie administracyjne, celem stwierdzenia nieważności zarządzenia nr 81/2011/DSOZ, jako prowadzącego do niewłaściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, lub w celu wydania

zaleceń zmierzających do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. Wydanie ww. decyzji poprzedzone musi być jednakże, zgodnie z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego, szczegółową i kompleksową analizą materiału dowodowego. Wskazane postępowanie jest aktualnie w toku.

Z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Agnieszka Pachciarz