

**Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego
rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert
w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki
zdrowotnej (MZ 722)**

I. Opis sytuacji problemowej

Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadza zmiany w kryteriach wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące następujących zakresów świadczeń:

- 1) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (wprowadzono dwa nowe przedmioty postępowania: świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych oraz świadczenia w zakresie pediatrii);
- 2) rehabilitacji leczniczej (premiowanie świadczeniodawców realizujących rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku lub oddziale dziennym, specjalizujących się w rehabilitacji dzieci);
- 3) ratownictwa medycznego (dostosowanie do zmian wynikających z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw);
- 4) transportu medycznego (określono kryteria dla nowego przedmiotu postępowania: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego).

Natomiast w pozostałych zakresach świadczeń zmiany mają charakter dostosowujący do obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Projekt określa szczegółowe kryteria wyboru ofert, w oparciu o które jest dokonywany wybór świadczeniodawców w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem kryteriów jest zapewnienie wyboru najlepszej oferty z punktu widzenia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, dlatego projekt przewiduje w szczególności premiowanie ofert tych świadczeniodawców, którzy:

- 1) zapewniają realizację świadczeń ponad warunki wymagane przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 2) zobowiązują się do ich spełnienia przez cały okres realizacji umowy.

Zasadnicze zmiany w kryteriach wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczą następujących zakresów świadczeń: 1) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; 2) rehabilitacji leczniczej; 3) ratownictwa medycznego; 4) transportu sanitarnego (medycznego).

Natomiast w pozostałych zakresach świadczeń zmiany mają charakter dostosowujący do obowiązujących przepisów ustawy o świadczeniach.

Najbardziej istotną zmianą dostosowującą jest zmiana wydawanej przez wojewodę albo ministra właściwego do spraw zdrowia opinii o celowości inwestycji, która podlega ocenie w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z nowym brzmieniem art. 95 d ustawy o świadczeniach nadanym przez ustawę z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw nastąpiła konieczność dostosowania

szczegółowych kryteriów wyboru ofert dotyczących posiadania ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Powyższa nowelizacja wprowadziła szerszy dostęp do opiniowania celowości inwestycji dla podmiotów leczniczych przez poszerzenie zakresu działalności podmiotów leczniczych, determinującego możliwość ubiegania się o wydanie tej opinii. Dotychczas obszar ten był ograniczony do wykonywania działalności leczniczej z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku zakresów świadczeń dla których nie były określone kryteria oceny ofert w zakresie opinii o celowości inwestycji, określono warunki zgodnie z którymi w przypadku nie posiadania przez te podmioty ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji dotyczącej podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 12 lipca 2018 r. lub innej inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania, oferent może uzyskać punkty ujemne.

W stosunku do podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, utworzonych w okresie po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej w tym czasie, opinii o celowości inwestycji albo opinii w sprawie protestu wydane na podstawie art. 95d w brzmieniu sprzed ww. nowelizacji, nadal zachowują swoją ważność – w związku z tym brak posiadania ważnej pozytywnej opinii albo brak ważnej pozytywnej opinii w sprawie protestu będzie skutkowało otrzymaniem przez oferenta punktów ujemnych.

Warunki dodatkowo oceniane mogą być fakultatywnie zaoferowane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednocześnie należy wskazać, że pominięcie przez oferentów w całości lub w części kryteriów dodatkowo ocenianych może mieć potencjalnie negatywny wpływ na pozycję negocjacyjną oferenta względem pozostałych uczestników postępowania konkursowego.

Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie pozwoli na zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach nowych świadczeń gwarantowanych oraz powinno przyczynić się do wyboru najlepszych ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę ich jakość, kompleksowość, dostępność oraz cenę.

Projektowane zmiany będą miały zastosowanie wyłącznie do nowych postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, właściwych dla nowych zakresów świadczeń. Projektowane rozporządzenie nie zmienia warunków obligatoryjnie wymaganych od świadczeniodawców określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej spełnia oczekiwania pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	
Nie	3	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej spełnia oczekiwania pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	5	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego spełnia oczekiwania pacjentów?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
---------------------	-------	--------------------------------

Tak	4
Nie	4
Nie mam zdania	2

4. Czy Pani/Pana zdaniem udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie transportu medycznego spełnia oczekiwania pacjentów ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	3	
Nie mam zdania	2	

Pytania otwarte:

1. Jakie działania organizacyjne powinny zostać podjęte przez świadczeniodawców, aby świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej spełniały nie tylko kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ale także spełniały oczekiwania pacjentów?
2. Jakie działania organizacyjne powinny zostać podjęte przez świadczeniodawców, aby świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego spełniały nie tylko kryteria wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ale także spełniały oczekiwania pacjentów?



Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest wprawdzie regulacją techniczną, jednak jest także częścią ważnego systemu wyłaniania i finansowania podmiotów, które powinny wykazywać najlepsze parametry przy ubieganiu się o finansowanie umów dot. opieki zdrowotnej, co w zamyśle ma podnosić jakość świadczeń dla pacjentów.

1. Przedmiotowe rozporządzenie oparte jest m.in. na zapisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która m.in. reguluje kwestie wydawania przez wojewodę albo ministra właściwego do spraw zdrowia, opinii o celowości inwestycji (OCI). Zgodnie z ww. przepisem, uprawnionymi do uzyskania OCI są inwestycje polegające na utworzeniu na obszarze województwa:

- nowego podmiotu leczniczego,
- nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego,
- lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Art. 95d ustawy o świadczeniach był kilkakrotnie nowelizowany.

W wyniku ww. nowelizacji rozszerzono zakres działalności podmiotów leczniczych uprawnionych do wystąpienia o wydanie OCI. Przed wejściem w życie ww. nowelizacji system ten dotyczył leczenia szpitalnego, AOS i POZ. W wyniku ww. nowelizacji OCI dotyczy każdego rodzaju prowadzonej działalności leczniczej. W uzasadnieniu do ustawy nowelizującej wyjaśniono, że zamierzeniem projektodawcy było, aby spektrum zakresów

świadczeń opieki zdrowotnej, od udzielania których jest uzależniona możliwość złożenia wniosku o wydanie opinii, było możliwie najszersze.

Uzyskanie OCI ma znaczenie w przypadku kontraktowania z NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się czy świadczeniodawca posiada ważną pozytywną OCI.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w części dotyczącej leczenia stomatologicznego, OCI stanowi kryterium negatywne (brak posiadania opinii powoduje odjęcie z ogólnej wartości oferty 8 punktów). Kryterium to dotyczy podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 12 lipca 2018 r. (tj. po wejściu w życie nowelizacji o której mowa wyżej) lub innej inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.

Problem interpretacyjny, ważny z punktu widzenia pacjentów, sygnalizują środowiska psychiatryczne. W związku ze zmianami w kryteriach wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pojawiły się wątpliwości, w jaki sposób sprawdzić, które stowarzyszenia mają pozytywną opinię konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii i jak systematycznie dokumentować monitorowanie procesu psychoterapii.

Nowe rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które obowiązuje od 17 lutego, wprowadziło definicję „certyfikatu superwizora psychoterapii”. Należy przez to rozumieć certyfikat wydawany przez stowarzyszenia, które uzyskały pozytywną opinię konsultanta

krajowego w dziedzinie psychiatrii, prowadzące szkolenia w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia, wyłącznie metodami o udowodnionej naukowo skuteczności.

Ta definicja nie jest skomplikowana i nie wywołuje trudności interpretacyjnych. Problem może jednak stanowić jej praktyczne zastosowanie, gdyż przepis wymaga, aby stowarzyszenie wydające certyfikat superwizora psychoterapii miało pozytywną opinię konsultanta krajowego w dziedzinie psychoterapii. Rodzi się więc pytanie, w jaki sposób uzyskać tę informację, by nie narazić się na naruszenie przepisów? Obecnie nie istnieje żadna lista stowarzyszeń, na którą byłyby wpisane te podmioty, które mogą się wylegitymować taką pozytywną opinią konsultanta krajowego. Dlatego, żeby uzyskać informację w tym zakresie należy zapewne zwrócić się do konkretnego stowarzyszenia, które wydaje certyfikat superwizora psychoterapii z zapytaniem, czy taką pozytywną opinię ma.

Nowe regulacje obowiązują stosunkowo krótko, dlatego wiele stowarzyszeń mogło owej pozytywnej opinii jeszcze nie uzyskać. Istnieje jednak duża szansa, że z czasem stowarzyszenia, które uzyskają pozytywną opinię konsultanta krajowego, będą umieszczać stosowne informacje na swych stronach internetowych. Wówczas więc weryfikacja stowarzyszeń pod kątem wymagań prawnych będzie łatwiejsza.

Zgodnie z ustawą z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, konsultant krajowy do 31 marca składa ministrowi zdrowia roczny raport za rok poprzedni dokumentujący wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia. W raporcie tym umieszcza się więc również informacje na temat wydanych opinii. Z treści raportu można więc dowiedzieć się, które stowarzyszenia zwróciły się o wydanie opinii. Należy jednak pamiętać, że opinie wydane w 2018 roku ujawnione będą w raporcie składanym do 31 marca 2019 r. Jest to więc rozwiązanie znacznie odsunięte w czasie i z samego raportu nie będzie wynikać, czy wydana opinia jest pozytywna.

Na podstawie raportu można będzie jedynie zidentyfikować stowarzyszenia, które o opinię się zwróciły.

Z kolei w opinii przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej nowelizowane rozporządzenie wymaga poprawek i uzupełnień oraz powinno uwzględniać przede wszystkim interes pacjentów i ich opiekunów a nie wąskich grup lekarskich czy pielęgniarskich.

Rozporządzenie powinno uwzględniać interesy wszystkich środowisk oraz podmiotów, które aktywnie uczestniczą w realizowaniu świadczenia wentylacji domowej. Zredukowanie postulatów do tylko jednego, wybranego środowiska lekarzy będzie bowiem prowadziło do patologii.

Powoływanie się wyłącznie na postulaty konsultanta krajowego w dziedzinie chorób płuc uważać należy za daleko niewystarczające. Brakuje przede wszystkim opinii środowiska najbardziej doświadczonego i zaangażowanego w świadczenie wentylacji domowej a mianowicie środowiska lekarzy anesteziologów i intensywnej terapii. Ponad 90% lekarzy zajmujących się wentylacją domową w Polsce to właśnie anesteziolodzy. Uwzględnienie uwag szerokiego grona specjalistów jest tym bardziej zasadne, że powodem włączenia wentylacji mechanicznej u pacjentów są różne choroby podstawowe.

Związek przedstawił także swoje uwagi w zakresie etatów dla lekarzy i wymogów dotyczących pielęgniarek. Etaty mogą być problemem zwłaszcza dla małych podmiotów opiekujących się kilkoma pacjentami, choćby dlatego, że większość lekarzy zatrudniona jest w oparciu o umowy kontraktowe z uwagi na prowadzoną działalność gospodarczą. Najlepszym rozwiązaniem jest skorelowanie ilości personelu z ilością pacjentów tak, jak to jest obecnie. Natomiast projekt zawiera rozwiązania, na które nie stać nawet krajów bogatszych od Polski.

Podobnie wymogi dotyczące pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki stoją w sprzeczności z aktualnymi zasobami ludzkimi w tej dziedzinie i ich rozlokowaniem. Większość specjalistów pracuje w obrębie dużych miast. Natomiast pacjenci, którymi opiekują się członkowie Związku, mieszkają w najróżniejszych zakątkach kraju, najczęściej w małych miastach i wsiach.

Jeśli proponowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w projekcie rozporządzenia dotyczącego szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej weszłyby w życie w proponowanym kształcie, oznaczałoby to w praktyce cofnięcie się tego świadczenia o ponad dziesięć lat. Obecnie wśród członków OSŚWM nie ma podmiotów opiekujących się pacjentami wentylowanymi inwazyjnie w udziale ponad 70 procent. Ustawienie takiego parametru może prowadzić do patologii związanej z przedwczesnymi decyzjami dotyczącymi wykonywania tracheostomii. Na świecie utrzymuje się trend polegający na zwiększeniu liczby pacjentów wentylowanych nieinwazyjnie w stosunku do wentylowanych inwazyjnie. Tymczasem proponowane w rozporządzeniu rozwiązania wręcz zachęcają świadczeniodawców do wykonywania tracheotomii tylko po to, aby spełnić nowe kryteria. Nie może być tak, że Polska nie tylko odstaje względem światowych tendencji, ale jeszcze sama robi krok wstecz, kosztem pacjenta.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu