

# Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych 2012

Organizacja, przepisy i procedury  
Na przykładzie Śląskiego OW NFZ

W przypadku Śląskiego OW NFZ rok 2012 zamykał okres obowiązywania umów wieloletnich w lecznictwie szpitalnym.

Powodowało to konieczność:

po stronie NFZ:

- ❑ przygotowania planu zakupu świadczeń zdrowotnych,
- ❑ zaplanowania i ogłoszenia konkursów ofert,
- ❑ organizacji szkoleń dla oferentów.

po stronie oferentów:

- ❑ staranne i rzetelne przygotowanie ofert

Sama procedura konkursowa ze swej istoty oparta jest na założeniu, że fakt złożenia oferty nie gwarantuje możliwości zawarcia umowy. Dotyczy to tym bardziej regionów i zakresów, gdzie popyt – *rozumiany jako zdolności, potencjał zakładów opieki zdrowotnej* – jest zdecydowanie większy niż podaż – *rozumiana jako możliwości finansowe Oddziałów NFZ wynikające z zatwierdzonego planu rzeczowo-finansowego*.

## Plan zakupów opracowany przez Oddział zakładał:

- ▶ wyrównanie poziomu finansowania świadczeń w poszczególnych powiatach województwa, adekwatnie do liczby mieszkańców, potencjału świadczeniodawców oraz danych historycznych dotyczących zrealizowanych świadczeń zdrowotnych na przestrzeni ostatnich lat,
- ▶ podział na obszary kontraktowania obejmujące: powiaty, podregiony, subregiony oraz województwo,
- ▶ wtórny podział środków finansowych zapisanych w planie finansowym Oddziału z dokładnością do rodzaju świadczeń, zakresu świadczeń oraz obszaru kontraktowania,
- ▶ zaplanowanie i przygotowanie odrębnych postępowań konkursowych.

# Założenie błędne

- ▶ Mam kontrakt – będę miał kontrakt nadal niezależnie od tego co zrobię!!!

# Założenie prawidłowe

- ▶ Mam kontrakt – aby go mieć muszę dołożyć najwyższej staranności aby przygotować ofertę lepszą od ofert moich **KONKURENTÓW!!!**

**Prawo z założenia dopuszcza więc możliwość** przerwania ciągłości leczenia pacjentów w danym zakładzie opieki zdrowotnej, skoro oferta zakładu zostanie odrzucona lub nie zostanie wybrana w postępowaniu konkursowym, bądź że zakład opieki zdrowotnej zatrudniający określony personel i posiadający swoje zobowiązania wynikające z prowadzonej działalności gospodarczej, nagle traci możliwość kontynuowania tej działalności wskutek odrzucenia, bądź niewybrania oferty w toku postępowania konkursowego.

## Konkursy ofert ogłoszone przez Śląski OW NFZ przeprowadzane były w oparciu o:

- ❑ ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- ❑ rozporządzenia Ministra Zdrowia,
- ❑ akty prawa wewnętrznego NFZ – zarządzenia Prezesa Funduszu oraz Regulamin uchwalony przez Radę Funduszu,
- ❑ procedurę kontraktowania świadczeń ustaloną pismem wewnętrznym, przez Prezesa Funduszu,
- ❑ system informatyczny wspomagający proces kontraktowania świadczeń.

**Komisje konkursowe nie miały więc prawa do jakichkolwiek dowolności w swych pracach. Obowiązane były do ścisłego przestrzegania przepisów prawa i ustalonych procedur.**



## Ocena ofert dokonywana była w części jawnej i w części niejawnej postępowania.

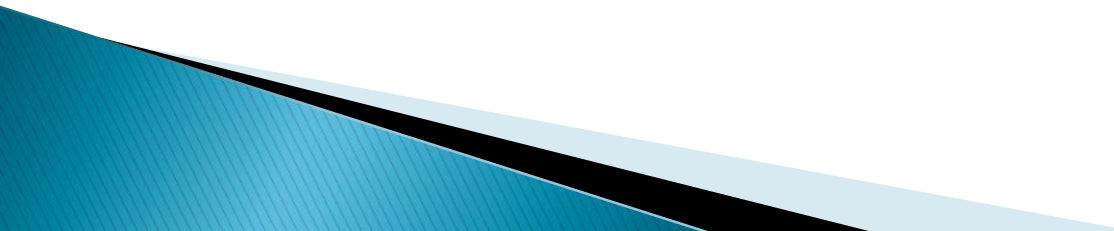
W części jawnej postępowania złożone oferty poddane zostały procedurze weryfikacyjnej pod kątem spełnienia wymogów formalnych i wymogów bezwzględnie obowiązujących.

**Oferty nie spełniające tych wymogów z mocy prawa zostały przez Komisje Konkursowe odrzucone. Zaznaczyć należy, że Komisję Konkursową obowiązywał przy tym zapis ustawy, nakazujący bez żadnych wyjątków odrzucić ofertę nie spełniającą wymogów zapisanych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.**

Nie miało przy tym znaczenia, że oferent popełnił błąd, i że był to błąd nieznaczny. Na tym etapie postępowania nie było też prawnej możliwości do poprawy, czy uzupełnienia złożonej oferty.

... część niejawna postępowania cd.

## Przedmiotem części niejawnej postępowania była:

- ❑ ocena ofert, klasyfikacja ofert bezpośrednio po dokonanej ocenie ofert (*tzw. ranking otwarcia*),
  - ❑ negocjacje z oferentami oraz sporządzenie rankingu końcowego, który stanowił podstawę do ogłoszenia wyników postępowań,
  - ❑ wyłonienie podmiotów uprawnionych do zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rok 2011 i lata następne.
- 

... część niejawna postępowania cd.

**W części niejawnej postępowania najistotniejszym elementem była ocena oferty.**

Komisja Konkursowa wspomagana była w tym zakresie programem informatycznym, który automatycznie dokonywał oceny oferty w oparciu o dane zapisane w ofercie, a dokładnie w oparciu o odpowiedzi na pytania ankietowe. Pod uwagę brane były elementy cenowe – jednakowo – 10 punktów otrzymywała oferta, zawierająca cenę oczekiwaną przez Fundusz. Odpowiednio więcej/mniej punktów otrzymywała oferta zawierająca cenę niższą/wyższą od ceny oczekiwanej.

... część niejawna postępowania cd.

Drugim elementem ocenianym były kryteria nie cenowe. Punkty przyznawane były na podstawie danych zapisanych przez oferenta w odpowiedziach ankietowych części VII oferty.

W tej ocenie oferta mogła uzyskać w zależności od rodzaju świadczeń od kilku do kilkudziesięciu punktów. Łączna suma punktów dawała łączną ocenę oferty i stanowiła podstawę do klasyfikacji ofert od najlepszej – tej która uzyskała najwięcej punktów, do najgorszej, tej która uzyskała najmniejszą liczbę punktów.

... część niejawna postępowania cd.

**Zaznaczyć przy tym należy, że przedmiotem oceny nie był zakład opieki zdrowotnej, lecz oferta złożona przez ten zakład.**

Mogło się więc zdarzyć, że zakład, który w rzeczywistości jest zakładem, do którego nie można mieć zastrzeżeń złożył ofertę w sposób niestaranny i w ocenie dokonanej w opisanych wyżej warunkach uzyskał status zakładu ocenionego źle, bądź gorzej od innych.

Rzecz jednak w tym, że wszystko zależało od staranności osób przygotowujących ofertę oraz, a może przede wszystkim, od prawidłowej kontroli sporządzonego dokumentu przez osobę zatwierdzającą i składającą ofertę do postępowania konkursowego.

... część niejawna postępowania cd.

W dalszej części postępowania oferenci zapraszani byli do udziału w negocjacjach, w trakcie których przedstawione im zostały propozycje ze strony Funduszu odnośnie ilości punktów, wartości oferty oraz ewentualnych korekt wartości przedstawionych w ofercie.

Podkreślić przy tym należy, że ilości punktów proponowanych oferentom były adekwatne do liczby uzyskanych punktów w rankingu, danych historycznych wynikających z dotychczas realizowanych kontraktów oraz stopnia zabezpieczenia świadczeń na danym obszarze.

Negocjacje przeprowadzono z wybranymi oferentami, z tymi, których oferty uznane zostały jako najkorzystniejsze. Każdy protokół negocjacji zawierał jednak zastrzeżenie, że jego podpisanie nie stanowi automatycznie podstawy do zawarcia umowy.

... część niejawna postępowania cd.

Po zakończeniu wszystkich negocjacji tworzony był ranking końcowy, który szeregował oferty od najlepszej do najgorszej wraz z wynegocjowanymi wartościami finansowymi.

W momencie, gdy suma wartości ofert ocenionych najlepiej wyczerpywała wartość przedmiotu zamówienia (*wartość ogłoszenia*) pojawiała się tzw. **linia odcięcia**, która powodowała, że ofertami wybranymi stawały się oferty znajdujące się nad tą linią, a ofertami niewybranymi stawały się oferty znajdujące się pod tą linią.

W konsekwencji wśród ofert niewybranych znalazły się oferty, które spełniały wymogi bezwzględnie obowiązujące, lecz ocenione zostały gorzej od innych ofert.

Pamiętać jednak w dalszym ciągu należy, że przedmiotem oceny była oferta sporządzona i podpisana przez oferenta, a nie reprezentowany przez niego zakład opieki zdrowotnej.



W wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych zakupiono świadczenia zdrowotne dla mieszkańców województwa śląskiego na poziomie nie mniejszym niż miało to miejsce w roku 2011.

Różnica w stosunku do roku 2011 polega w części przypadków na tym, że część zakładów opieki zdrowotnej utraciła prawo do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w zamian za to prawo takie uzyskały inne nowe zakłady, bądź zakłady udzielające świadczeń w roku ubiegłym zyskały do wykonania większą liczbę świadczeń.

**Należy stwierdzić**, że wszystkie postępowania konkursowe przeprowadzone zostały w zgodności z obowiązującymi przepisami prawa i według obowiązujących procedur, niemniej ich rezultat budzi w części przypadków społeczne niezadowolenie.

Potwierdzeniem tej tezy jest olbrzymia ilość złożonych odwołań i znikoma ilość odwołań rozstrzyganych na korzyść odwołujących się, czy też wyniki przeprowadzonych kontroli

## Dlaczego należy wprowadzić istotne zmiany do procesu kontraktowania świadczeń?

- ❑ Istniejący system nie zapewnia ciągłości leczenia pacjentów. Pacjent przewlekle chory, leczony od lat w tej samej poradni traci nagle możliwość dalszego leczenia w związku z niewybraniem , bądź odrzuceniem oferty zakładu, a termin rozstrzygnięć konkursu uniemożliwia mu wyszukanie innego zakładu.
- ❑ Zachwiane, bądź przerwane są podstawy ekonomiczno-finansowe funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej w związku z niewybraniem , bądź odrzuceniem oferty zakładu,
- ❑ Obserwowana jest znaczna liczba odwołań od decyzji Komisji Konkursowych, bez istotnego uzasadnienia, opartych wyłącznie na fakcie nie wybrania oferty i podkreślające wymienione wyżej okoliczności.
- ❑ Obserwowana jest znaczna liczba interwencji posłów, senatorów, wystąpień ministerialnych, organów samorządowych i in. kwestionujących wyniki konkursów i fakt nie wybrania ofert poszczególnych zakładów, w całkowitym oderwaniu od zasad obowiązujących Komisje Konkursowe.

**Wnioski** wynikające z przeprowadzonych postępowań konkursowych, w aspekcie kolejnych postępowań planowanych do przeprowadzenia w roku 2011, szczególnie związanych z kontraktowaniem świadczeń szpitalnych na rok 2012 i lata następne.

## Wnioski *de lege lata*

- ❑ W systemie informatycznym powiązać poszczególne części oferty (*słowniki sprzętu i personelu oraz harmonogram udzielania świadczeń*) w taki sposób, aby niemożliwym było wybranie w odpowiedziach ankietowych odpowiedzi twierdzącej (*spełniam wymóg*) w sytuacji gdy stwierdzenie takie nie ma potwierdzenia w danych oferty.
- ❑ Stworzenie Oddziałom Wojewódzkim NFZ prawnych możliwości ogłaszania postępowań konkursowych w terminach umożliwiających ich zakończenie najpóźniej do końca września roku poprzedzającego zawarcie umów. Stworzy to Oddziałom Wojewódzkim możliwość procedowania bez zbędnego pośpiechu, a podmiotom nie wybranym możliwość podjęcia decyzji co do dalszego losu zakładu, a pacjentom możliwość wyszukania podmiotu który przejmie ich leczenie.

## Wnioski *de lege ferenda*: wymagające zmian legislacyjnych.

- Wnikliwe przeanalizowanie stanu prawnego przewidującego konkursowy tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w aspekcie opisanych wcześniej zagrożeń związanych z odrzuceniem lub niewybraniem oferty. Powyższe mieć będzie zasadnicze znaczenie przy kontraktowaniu świadczeń szpitalnych, gdzie praktycznie nie ma możliwości zastąpienia jednych świadczeń innymi świadczeniami.
- „*Złagodzenie*” zapisu art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy nakazującej Komisji Konkursowej odrzucenie oferty niespełniającej wymogów, niezależnie od tego jakiego wymogu odrzucenie dotyczy. Obecnie oferta dużego oddziału szpitalnego **odrzucona być musi, za przysłowiowy brak guzika przy fartuchu**. Nie odrzucając takiej oferty Komisja Konkursowa łamie prawo. W zamian wypracowanie rozwiązań uniemożliwiających Komisjom Konkursowym dowolność przy podejmowaniu decyzji w tym zakresie.

Dziękuję za uwagę.

Opracował:

Aleksander Brzęska, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Śląskiego OW NFZ  
w Katowicach

