



DLU.055.34.2022.KB  
Warszawa, 03 lutego 2023

W odpowiedzi na petycję z dnia 28 listopada 2023 r. w sprawie zmian w zakresie sposobu organizacji konkursów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmierzających do ułatwienia pacjentom z mniejszych ośrodków (miejscowości) dostępu do lekarzy specjalistów, uprzejmie informuję co następuje.

Zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i w konsekwencji zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach”, należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Ww. zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach), gdyż właśnie oni posiadają najpełniejszą wiedzę dotyczącą zapotrzebowania na liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych w danym regionie, przy jednoczesnej odpowiedzialności za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi kierowanych przez siebie oddziałów. To właśnie dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu na bieżąco monitorują sytuację i reagują w przypadku jakichkolwiek trudności z dostępem pacjentów do świadczeń medycznych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z § 3 ust. 1 i § 4 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 61/2022/DSOZ z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Postępowanie, o którym mowa powyżej, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

Z powyższego wynika, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, jeżeli zachodzi uzasadniona potrzeba, może nawet ogłosić konkurs na obszarze dzielnicy.

Ponadto, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia corocznie przygotowują plan zakupu świadczeń opracowywany w celu optymalnego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy plan i wojewódzki plan. Projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok Prezes Funduszu przekazuje radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym i wojewódzkim planem transformacji.

Zatem Narodowy Fundusz Zdrowia dysponuje właściwymi instrumentami umożliwiającymi zabezpieczenie dostępu do świadczeń na odpowiednim poziomie uwzględniającym zasadę równego dostępu do świadczeń i odpowiadającym potrzebom zdrowotnym danej społeczności.

Odnosząc się do kwestii modyfikacji kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami, określonych 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 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, z późn. zm.) dla świadczeń w rodzaju Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), uprzejmie informuję, że zgodnie z § 5 ust. 2 ww. rozporządzenia, oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w tzw. rozporządzeniach koszykowych wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Należy więc wyraźnie odróżnić kryteria wyboru ofert, które są określone w rozporządzeniu kryterialnym, od warunków wymaganych określonych na gruncie rozporządzeń koszykowych. Warunki określone w rozporządzeniach koszykowych są wymagane, a ich niespełnienie skutkuje odrzuceniem oferty. Natomiast rozporządzenie kryterialne określa warunki dodatkowo oceniane, których spełnienie decyduje o miejscu oferty w rankingu wszystkich ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie podlegały odrzuceniu.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia cyklicznie podejmuje działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń specjalistycznych oraz skrócenie kolejek do specjalistów przede wszystkim polegające na zniesieniu ograniczeń dotyczących finansowania tych świadczeń, zwiększeniu wyceny tych świadczeń oraz zapewnieniu odpowiednich środków na ich finansowanie. Od 1 lipca 2021 r. bezlimitowym finansowaniem objęte zostało każde świadczenie lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, udzielane każdemu zgłaszającemu się pacjentowi, w tym także wysokokosztowe badania diagnostyczne. Tym samym świadczeniodawcy uzyskali gwarancję, że otrzymają wynagrodzenie za każde udzielone świadczenie, co stanowi finansową zachętę do zwiększania liczby udzielanych porad pacjentom już objętych opieką, jak i do obejmowania opieką nowych - bez ryzyka poniesienia strat w przypadku przekroczenia limitu. Zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń przełoży się na dalszą poprawę dostępności do lekarzy specjalistów przez skrócenie czasów oczekiwania na świadczenia, a w konsekwencji szybsze uruchomienie procesu leczenia.

Podejmowane są także działania mające na celu ograniczenie liczby koniecznych dla procesu leczenia porad, dzięki wprowadzaniu rozwiązań z zakresu telemedycyny, w szczególności świadczeń polegających na zdalnym monitorowaniu stanu zdrowia.

Ponadto na zwiększenie dostępności lekarzy, w tym lekarzy specjalistów ma także wprowadzenie e-skierowań - przez wyeliminowanie tych porad, które wiązały się wyłącznie z koniecznością skorygowania skierowania oraz e-recept, co pozwala na wystawienie recepty w uzasadnionych medycznie przypadkach bez konieczności odbywania porady.

Wszystkie te działania podejmowane przez Ministerstwo Zdrowia są jednoznacznie nakierowane na stałą poprawę dostępu do świadczeń dla wszystkich świadczeniobiorców, również tych z małych miejscowości oraz z terenów wiejskich.

Z wyrazami szacunku  
zup. Dyrektora  
Michał Misiura  
Zastępca Dyrektora  
\$ezdPracownikNazwa  
\$ezdPracownikStanowisko  
/dokument podpisany elektronicznie/