

Zarządzenie Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. wprowadza rewolucyjne zmiany kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. To konsekwencja nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych z dnia 11 października 2013r.

Największą zmianą jest to, że oceny ofert w konkursach organizowanych przez NFZ dokonywać się będzie w oparciu o 5 kryteriów:

- jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
- ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- cena świadczeń opieki zdrowotnej.

Sporą niespodzianką jest też, przyznawanie preferencji dla podmiotów realizujących leczenie pacjentów w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z NFZ.

### **Będzie rewolucja na rynku świadczeniodawców**

Zapisy zarządzenia wprowadzą spore zmiany na rynku świadczeniodawców. W konkursach organizowanych przez NFZ preferowane będą duże podmioty szpitalne (przed wszystkim będące w rękach publicznych), eliminując jednocześnie: mniejsze szpitale ogólne, które nie będą w stanie utrzymać kontraktów na już istniejące oddziały specjalistyczne (mogą co najwyżej restrukturyzować się rynkowo, przenosząc akcent na działalność z zakresu opieki długoterminowej, geriatry, psychiatrii, czy też rehabilitacji).

Małe szanse na kontrakt z NFZ (i przetrwanie) będą miały poradnie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zlokalizowane obok gabinetów POZ w mniejszych ośrodkach gminnych czy międzygminnych.

Ograniczeniu ulegnie także liczba podmiotów prowadzonych przez osoby wykonujące zawody medyczne i posiadających kontrakt z NFZ.

Częstszy będzie proces rozbudowy potencjału istniejących już świadczeniodawców, niż tworzenie nowych podmiotów leczniczych.

Bardzo szybko przybywać będzie oddziałów w największych szpitalach, kosztem mniejszych szpitali powiatowych, miejskich i tych będących w rękach prywatnych.

Podobnie, „na gwałt” uruchamiane będą nowe poradnie AOS przy szpitalach. Bo będzie to gwarancja na uzyskanie dodatkowego kontraktu z NFZ.

### **Podstawowe założenia dotyczące oceny ofert w danym kryterium**

Jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oceniana będzie w szczególności poprzez:

- kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
- wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
- zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub

certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia,

- ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,
- wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego. Wyniki kontroli odnoszą się do całego okresu obowiązywania umowy zawartej na realizację świadczeń w danym zakresie świadczeń, obowiązującej w roku poprzedzającym rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kryterium certyfikatu systemu zarządzania będzie spełnione, jeśli certyfikat systemu zarządzania:

- ma zastosowanie w przedmiocie, na który złożono ofertę;
- obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie;
- jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża "Zdrowie i opieka społeczna" zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G Katering zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji<sup>2</sup>) lub przez równorzędny podmiot zagraniczny<sup>3</sup>) i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej.

Z kolei kryterium certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia będzie spełnione, jeśli:

- certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- w dniu złożenia oferty świadczeniodawca posiada decyzję potwierdzającą przyznanie certyfikatu (legitymowanie się kopią decyzji jest równoznaczne z posiadaniem certyfikatu).

Kompleksowość oceniana będzie w szczególności poprzez:

- planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
- dostęp do badań i zabiegów,
- posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;

Z kolei w kategorii dostępność przesądzać będą:

- liczba dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
- organizacja przyjęć świadczeniobiorców,
- brak barier dla osób niepełnosprawnych.

Ocena w kryterium ciągłości uwzględnić będzie w szczególności;

- organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,

## NFZ wprowadza rewolucję w zasadach rozstrzygnięcia konkursów ofert

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: niedziela, 09, luty 2014 20:48

Marek Wójcik

Odsłony: 1715

---

- realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

Natomiast w przypadku ceny świadczeń opieki zdrowotnej, oceniana będzie poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Szczegółowe parametry kryteriów oraz oceny oraz wagi poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje lub zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, znieść można na stronie: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=5902>

*Marek Wójcik*