

Komunikat nr 133/2014 dla świadczeniodawców
w sprawie zapisów § 21 ust. 1 załącznika
do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.
w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
(Dz. U. Nr 81, poz. 484)

Powołany przepis stanowi, że strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy złożony po upływie kwartału kalendarzowego, dokonają zmian zawartych umów, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń. Wniosek dotyczący ostatniego kwartału roku kalendarzowego jest składany do dnia 15 grudnia roku, którego dotyczy.

Zmiana umowy nie może spowodować:

- 1) zwiększenia łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tytułu zawartej umowy;
- 2) zmniejszenia kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń, o więcej niż 20%, dla każdego zakresu świadczeń, określonych w umowach na pierwszy dzień okresu rozliczeniowego;
- 3) ograniczenia dostępności do świadczeń.

W celu eliminacji ryzyka ograniczenia dostępu do świadczeń uznano, że proponowane przez świadczeniodawców zmiany nie mogą spowodować pomniejszenia kontraktu w danym zakresie o wartość przewyższającą wartość „niedowykonania” za analizowany okres, jak również nie mogą skutkować pomniejszeniem wartości kontraktów w zakresach świadczeń z odnotowanym „nadwykonaniem”. Przyjęto również zasadę, że pomniejszeniu nie może ulec wartość zakresu świadczeń w przypadku, gdy wykazywany przez Zakład „średni czas oczekiwania w dniach kat. 1 stabilne” na poradę w ramach tego zakresu przekracza 30 dni, przy czym liczba osób oczekujących nie ma wpływu na sposób rozpatrzenia wniosku.

Wnioski świadczeniodawców, których efektem będzie pomniejszenie wartości zakresu świadczeń, którego dany podmiot jest jedynym realizatorem na wybranym obszarze kontraktowania, bezsprzecznie skutkują pogorszeniem dostępu do świadczeń w kontekście części obszaru województwa, której dotyczą, a zatem nie będą mogły zostać zaaprobowane.

Proponowane przez świadczeniodawców zmiany nie mogą również spowodować zmniejszenia wartości zakresów świadczeń, którym nadano rangę regionalnych priorytetów zdrowotnych. W związku z powyższym szczególną uwagę przywiązuje się do skojarzonych zakresów zabiegowych „Z”, które zostały wyodrębnione w bieżącym roku w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w celu realizacji ogólnopolskiego priorytetu zdrowotnego, jakim jest istotne zwiększenie wykonywania świadczeń zabiegowych w trybie ambulatoryjnym w poradniach specjalistycznych. Tym samym odmownie rozpatrywane są wnioski, których celem jest uzyskanie zwiększenia kwoty zobowiązania w zakresach zachowawczych kosztem pomniejszenia wartości skojarzonych zakresów zabiegowych „Z”.

Źródło:

Dział Kontraktowania Świadczeń w AOS i OPD – 32 735 16 72, 735 17 22, 735 16 75, 735 17 81, 735 17 24.