

Ustalenia ze spotkania

Dyrekcji Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego z przedstawicielami Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

W spotkaniu, które odbyło się 7 kwietnia 2017r w siedzibie WOW w Poznaniu udział wzięli:

ze strony WOW

Z-ca Dyrektora Oddziału Hanna Philips
Naczelnik Wydziału Świadczeń Zdrowotnych
Danuta Machulska
Naczelnik Wydziału Organizacyjno-Prawnego Artur
Paszkowski
Specjalista ds. Stm Elżbieta Grunt-Metelska

Ze strony WIL

Wiceprezes ORL WIL Andrzej Cisto
Karolina Urban
Jacek Zabielski
Wiesław Wawrzyniak
Stanisław Schneider
Juliusz Pogorzelski, Michał Żukowski

Tematem spotkania była próba ostatecznego ustalenia interpretacji przepisów regulujących składanie ofert.

Przedstawiciele WIL uzyskali następujące wyjaśnienia:

A. Z zakresu Zarządzenia 23/2017/DSOZ Prezesa NFZ:

A.1	Co oznacza określona w §8 Zarządzenia zasada zawierania umów na nie więcej niż jeden etat przeliczeniowy w odniesieniu do jednego lekarza i jednej umowy?
Odp:	Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04: należy to rozumieć, że w ramach jednej umowy lekarz może na wszystkie zakresy świadczeń realizować łącznie wymiar jednego etatu przeliczeniowego.
A.2	Czy dzień pracy „do godz.18” musi być konkretnie do 18-ej, czy może być do godziny późniejszej? Czy jest minimalny wymiar godzinowy „popołudniówki”?
Odp:	Może być do godziny późniejszej. Minimalny wymiar popołudniówki to 4 godziny
B. Z zakresu Rozporządzenia ws kryteriów wyboru ofert	
I. Część Wspólna dla wszystkich zakresów (obejmuje też zagadnienia z różnych zakresów jednak tego samego typu)	
B.1.1	Czy sobota może być zadeklarowana jako jeden z dni podstawowego harmonogramu?
Odp:	Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04- tak sobota może być jednym z dni harmonogramu tygodnia.
B.1.2	czy praca w sobotę po południu uprawnia do zarówno zaliczenia „popołudniówki” z jednoczesnym uwzględnieniem iż jest to praca w soboty?
Odp:	Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04: Kryterium ocenia się z punktu widzenia wygody pacjenta, dla którego istotne jest to, żeby świadczeniodawca był jak najdłużej otwarty. We wszystkich

	przedmiotach postępowania w kryterium Dostępność kategoria Organizacja udzielania świadczeń, jeżeli oferent udziela świadczeń 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu, w tym 2 dni do godziny 18.00, w tym jeden z tych dni to sobota to oferent uzyskuje punkty z tytułu spełnienia dwóch warunków.
B.1.3	Część oferentów deklaruje harmonogram, za który naliczone zostaną punkty do oferty. W trakcie negocjacji bywa, że oferent musi zgodzić się na propozycję komisji konkursowej co do zmniejszenia liczby punktów rozliczeniowych. Czy oferent musi się zgodzić ze zmniejszonym kontraktem ale bez możliwości zmniejszenia harmonogramu? Taka sytuacja byłaby zrozumiała, gdyby to oferent występował podczas negocjacji o zmniejszenie puli punktów lub gdyby mógł w związku z propozycją komisji konkursowej zmienić zapis w ofercie (zrezygnować z punktów)
Odp:	Jeżeli to komisja zaproponuje zmniejszenie wymiaru punktowego kontraktu, to oferta utrzyma punkty rankingowe, do umowy zostanie podana proporcjonalnie zmniejszona liczba godzin, jednak zarówno praca w soboty, jak i 2 popołudniówki będą musiały być utrzymane.
B.1.4	Kryterium czasu pracy specjalistów : Czy czas pracy lekarzy specjalistów odnosi się procentowo do sumy godzin, w których otwarta jest poradnia, czy do zsumowanego czasu pracy wszystkich lekarzy objętych umową?. <i>Prośba o potwierdzenie poglądu WOW wobec treści komunikatu Centrali NFZ z 6.04</i>
Odp:	Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04: W tych warunkach, w których dostępność lekarzy specjalistów odnosimy do czasu pracy poradni istotnym jest to, przez jaki czas pracy poradni można uzyskać pomoc odpowiednio wysoko wykwalifikowanego specjalisty. Zatem, jeżeli poradnia w tygodniu jest otwarta przez 30 h, to przez 30 h lub odpowiedni procent tego czasu w poradni można uzyskać pomoc specjalisty. WOW zaznacza przy tym, że jeśli oferent zadeklaruje procent czasu poradni dostępności do specjalisty, to wydłużenie tego czasu w trakcie trwania umowy (np. przesunięcie w harmonogramie powodujące zmianę zakresu godzinowego pracy poradni) musi pociągać za sobą odpowiednie zwiększenie dostępności specjalisty.
B.1.5	Kryterium czasu pracy personelu : Czy czas pracy asystentek i higienistek odnosi się procentowo do sumy godzin, w których otwarta jest poradnia, czy do zsumowanego czasu pracy lekarzy?. <i>Prośba o potwierdzenie poglądu WOW wobec treści komunikatu Centrali NFZ z 6.04</i>
Odp:	Konsekwentnie do punktu poprzedniego: czas pracy poradni to przedział godzin , w jakich udziela świadczeń na podstawie danej umowy
B.1.6	Najczęściej składanymi raportami są te dotyczące pierwszego wolnego terminu. Do WIL napływają zastrzeżenia lekarzy, że nawet w przypadku pracy w soboty , plik wygenerowany z datą oceny dalszą niż piątek wykazywany jest po imporcie jako przekazany nie w terminie, choć przekazany jest (jak to stanowi przepis) do końca dnia w poniedziałek następnego tygodnia . Zdaniem WIL należy to uwzględnić i nie kwalifikować tych przypadków jako przekazania raportu po terminie. Ponadto: czy istnieje z poziomu SZOI miejsce, w którym oferent-świadczeniodawca może sprawdzić czy obowiązek raportów wykonywał terminowo?
Odp:	Dzień dokonania oceny PWT nie jest dla wszystkich ten sam i zależy od tego, który dzień tygodnia jest ostatnim dniem udzielania świadczeń. Również dzień obowiązkowego przesłania raportów zależy od tego, który dzień tygodnia był ostatnim dniem przyjęć. Co do miejsca w SZOI: WOW wskazuje na pozycję menu „Sprawozdawczość” i w liście rozwijanej w

	<p>podmenu „kolejki oczekujących ”zakładkę „realizacja spraw.-terminy” . Należy tam wskazać tydzień, który chcemy zweryfikować (wskazujemy dzień od poniedziałku do soboty i tak ustalamy weryfikowany tydzień) . Wybieramy jedną z opcji kryterium „dane przekazane w terminie” i naciskamy „szukaj” . W tabeli pojawi się wynik.</p> <p>Niestety trzeba te operacje wykonać w stosunku do każdego tygodnia z osobna. Nie można jednym zakresem zweryfikować wszystkich przekazanych raportów.</p> <p><i>Patrz w związku z tym postulat WIL w konkluzji końcowej</i></p>
B.I.7	<p>Kiedy kończy się okres rozliczeniowy? (w aspekcie punktów ujemnych za przekazanie min10% świadczeń po zakończeniu okresu rozliczeniowego)</p>
Odp:	<p>WOW przychyliła się ostatecznie do interpretacji wydanej przez Ministerstwo Zdrowia. W piśmie UZ.7106.3.2017 z dnia 24 marca br do Konfederacji Pracodawców „Lewiatan” MZ wyjaśnia, że dla świadczeń udzielonych w miesiącach I-XI termin złożenia po raz pierwszy raportu rozliczeniowego upływa 31 grudnia. Dla świadczeń wykonanych w grudniu- 10 stycznia roku następnego.</p>
B.I.8	<p>Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta-zakres przepisów mających zastosowanie.</p> <p>WIL chce odnieść się do treści komunikatu wydanego w tej sprawie przez WOW w dniu 31 marca. WOW sugeruje, że kryterium rankingujące za prowadzenie EDM odnosi się zarówno do przepisów ustawy o prawach pacjenta i RPP (dalej u.p.p) oraz do art.11 ust.1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (u.i.o.z.) z wyłączeniem recept i skierowań. W związku z brzmieniem art.24 ust.1 u.p.p. taka konkluzja jest prawidłowa, gdyż przepis ten odsyła do u.i.o.z.</p> <p>Wspomniany art.11 ust.1 tej ustawy stanowi, że „Usługodawcy prowadzą elektroniczną dokumentację medyczną, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit.b” ,</p> <p><i>Art.2pkt.6lit.b: Użyte w ustawie określenia oznaczają:</i></p> <p>↳ <i>[..]6)elektroniczna dokumentacja medyczna: dokumentację medyczną indywidualną, z wyłączeniem skierowań, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art.30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i></p> <p>a aktem wydanym na podstawie art.30 u.p.p jest rozporządzenie z 9 listopada 2015r o dokumentacji medycznej. Tenże sam art.11 ust.1 u.i.o.z. odsyła do przepisów wydanych na podstawie art.13 tej ustawy. WOW konkluduje to pisząc w komunikacie:</p> <p><i>„Do drugiego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz wydanego na podstawie art. 13 tej ustawy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 463).”</i></p> <p>Rzecz w tym, że cały zakres regulacji wydanych na podstawie art.13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia odnosi się (patrz brzmienie delegacji ustawowej zawartej w art.13) do EDM udostępnianej w SIM. Tymczasem na dzień sporządzenia oferty oraz rozpoczęcia wykonywania umowy <u>nie ma mowy o udostępnianiu czegokolwiek w SIM</u>.</p> <p>Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia jest jak najbardziej obowiązującym aktem prawnym, ale poprzez niewprowadzenie udostępniania dokumentacji w SIM, w pewnych obszarach jest zbiorem przepisów nie mających praktycznego zastosowania.</p> <p>W wydanym wcześniej komunikacie WOW sugeruje konieczność dołączania do EDM zdjęć rtg odwzorowanych cyfrowo w formacie DICOM, co jest określone przez Rozporządzenie ws wymagań dla SIM. Konsekwencją</p>

	wspomnianego wyżej brzmienia art.13 u.i.o.z. wymóg zastosowania tego formatu dotyczyć będzie udostępniania w SIM, a na to się w żadnej mierze nie znosi.
Odp:	WOW powołuje się na wydaną właśnie interpretację Ministra Zdrowia- wg niej prowadzenie EDM ma odbywać się w zgodzie z rozporządzeniem ws wymagań dla SIM, więc odwzorowywanie zdjęć rtg wykonanych „analogowo” do formatu DICOM <u>będzie wymagane</u> .
B.I.9	<p>Prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)w rozumieniu przepisów o prawach pacjenta-wymogi, jakie musi spełniać oprogramowanie</p> <p>§80 Rozporządzenia MZ z 9 listopada 2015r ws zakresu, rodzajów i wzorów dokumentacji medycznej wymienia 8 warunków, jakie spełniać powinny systemy teleinformatyczne, w jakich prowadzi się EDM. Jednym z warunków jest:</p> <p>7. eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 ze zm.);</p> <p>Wspomniany w pkt 7 format nie został określony, więc warunek ten nie powinien być brany pod uwagę przy weryfikacji spełniania tego kryterium.</p>
Odp:	WOW wie o tym, że ten format nie został określony i ten warunek nie może być spełniony
B.I.10	cześć wspólna II. Jakość – pozostałe warunki pkt. 3 i pkt 4: czy warunkiem otrzymania punktów za prowadzenie szkolenia specjalizacyjnego jest zgodność dziedziny szkolenia z przedmiotem postępowania?
Odp:	Podstawą odpowiedzi WOW był również Komunikat Centrali NFZ z 6.04 . W definicji przedmiotu postępowania mieści się wg WOW również zakres. Tak więc wobec takiego a nie innego stanowiska Centrali NFZ dziedzina stomatologii, w jakiej prowadzone jest szkolenie specjalizacyjne musi odpowiadać zakresowi, na jaki złożona jest oferta.
B.I.11	Brak realizacji świadczeń: Jak należy zdefiniować „przypadek”? Zapis ponadto odnosi się do „osób wykazanych w harmonogramie”, a nie „podmiotów”-czy więc pojęcie „przypadku” odnosimy do każdego wykazanego w umowie lekarza?
	<p>Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04:</p> <p>Weryfikacja warunku powinna odbywać się na podstawie sprawozdań świadczeniodawców. Jeżeli wykazany w harmonogramie lekarz w przyjętym do oceny okresie nie udzielił żadnego świadczenia uzasadnia to przyznanie punktów ujemnych. Jeżeli stwierdzono, że był jeden taki lekarz, lub dwóch takich lekarzy to należy przyznać jeden punkt ujemny. Jeżeli więcej niż dwóch lekarzy to 2 punkty ujemne.Pod pojęciem „przypadek” mieści się osoba wykazana w harmonogramie, a nie pacjent (świadczeniobiorca).Przypadek oznacza lekarza, a nie świadczenie.</p>
B.I.12	Czy cena minimalna w kontrakcie podstawowym ($1,13 \cdot 0,9 = 1,017$) wynosi 1,01 czy 1,02?
Odp:	Maksymalna punktacja z tytułu ceny zostanie przyznana przy cenie 1,01zł

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA- ZAKRESY	
	Zakres ogólnostomatologiczny
B.II.1	Wykonanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 100 procedur (ICD-9) z zakresu 23.0301 rentgenodiagnostyka do 2 zdjęć wewnątrzustnych Pytanie: Czy wykonanie dotyczy tylko świadczeń w ramach umowy z Funduszem? Jeśli nie- to jak będzie dokumentowana liczba wykonanych zdjęć ?
Odp:	Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04: We wszystkich przedmiotach postępowania w kryterium Jakość, w kategorii Realizacja wybranych świadczeń, wymagana liczba realizowanych świadczeń dotyczy wszystkich świadczeń, nie tylko tych, które są objęte kontraktem z NFZ. Należy jednak wskazać, że jeżeli w ofercie oferent odnosi się do świadczeń realizowanych dla innego podmiotu niż NFZ, ciężar udowodnienia spełniania kryterium leży po stronie oferenta.
	Zakres dla dzieci i młodzieży
B.II.2	Wykonywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, następujących procedur (ICD-9): 23.1105 postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi - bezpośrednie pokrycie miazgi; 23.1203 amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem; 23.1205 ekstirpacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem; 23.1206 ekstirpacja przyżyciowa miazgi; 23.1208 ekstirpacja zdewitalizowanej miazgi zęba z nieufornowanym korzeniem. Pytanie: czy dotyczy to wyłącznie świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ? I czy mają te procedury być wykonane wszystkie czy którekolwiek z nich?
Odp:	Warunek będzie spełniony jeżeli świadczeniodawca w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, chociaż raz wykonał każdą z wymienionych procedur medycznych. Wymagana liczba realizowanych świadczeń dotyczy wszystkich świadczeń, nie tylko tych, które są objęte kontraktem z NFZ. Należy jednak wskazać, że jeżeli w ofercie oferent odnosi się do świadczeń realizowanych dla innego podmiotu niż NFZ, ciężar udowodnienia spełniania kryterium leży po stronie oferenta.
	Zakres ortodontcji
B.II.3	Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem prac techników dentystrycznych Pytanie: Czy zapis dotyczy wykonywania wszystkich zdjęć rtg wewnątrzustnych , cefalometrycznych i pantomograficznych samodzielnie przez oferenta ?
Odp:	Tak.
	Zakres periodontologii
B.II.4	Jakie będą wymagane warunki od oferentów składających oferty w postępowaniach z zakresu periodontologii?- brak stosownego zakresu w rozporządzeniu ws świadczeń gwarantowanych .
Odp:	Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04: warunki wymagane będą takie same jak dla kontraktu

	chirurgiczno-periodontologicznego
B.II.5	<p>Kryterium 3.1: Leczenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeniobiorców w zakresie następujących rozpoznań (ICD-10) - co najmniej 75% świadczeń: <i>tu następuje wyliczenie 27 jednostek chorobowych</i></p> <p>Pytanie: Czy określone we wstępie do wyliczenia „co najmniej 75% świadczeń” oznacza, że :</p> <p style="padding-left: 40px;">a/ oferent miał prowadzić leczenie 21 z 27 wymienionych schorzeń? czy też:</p> <p style="padding-left: 40px;">b/ 75% wszystkich wykonanych przez oferenta świadczeń mieściło się w granicach rozpoznania tych 27 jednostek chorobowych?</p> <p>oraz czy (analogicznie do innych pytań)- czy dotyczy to tylko świadczeń udzielonych w ramach umowy z NFZ?</p>
Odp:	<p>Zgodnie z Komunikatem Centrali NFZ z 6.04:</p> <p>Warunek oznacza, że 75% wszystkich wykonanych przez oferenta świadczeń mieściło się w granicach rozpoznania tych jednostek chorobowych. Wymagana liczba realizowanych świadczeń dotyczy wszystkich świadczeń, nie tylko tych, które są objęte kontraktem z NFZ. Należy jednak wskazać, że jeżeli w ofercie oferent odnosi się do świadczeń realizowanych dla innego podmiotu niż NFZ, ciężar udowodnienia spełniania kryterium leży po stronie oferenta.</p>

Konkluzja końcowa- Postulat WIL:

Wobec :

- trudności w ewidencjonowaniu raportów zwrotnych do raportów miesięcznych i tygodniowych,
- uciążliwej procedury weryfikacji tego w tej chwili i braku nawet możliwości zatrudnienia do wykonania tego zadania odpowiednich fachowców,

mając na względzie, że każdy punkt i każde pół punktu w ofercie może mieć znaczenie i nie można oczekiwać od oferentów deklarowania tych punktów ujemnych „na wszelki wypadek”

WIL przekazuje Dyrektorowi WOW jako ogłaszającemu postępowanie i mającemu rozpatrywać odwołania postulat, aby w razie rozbieżności danych zawartych w ofercie w zakresie tych kryteriów komisje uruchamiały tryb wezwania oferenta do wyjaśnień , ewentualnie uzupełnienia oferty a nie odrzucały oferty z powodu nieprawdziwych danych w ofercie. Stosowny wniosek wpłynie do Dyrekcji WOW w poniedziałek 10 kwietnia.

W imieniu Komisji Stomatologicznej WIL

Andrzej Cisto

Poznań 2017-04-07

Przewodniczący Komisji , wiceprezes ORL WIL