



Zielona Góra, dn. 23.09.2022 r.

BFPZ/629/09/2022

Sz. P.

Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

Uwagi ogólne:

1. Zdaniem Federacji zaproponowany projekt jest niezgodny z Załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz.1965):

„WYKAZ ŚWIADCZEŃ OPIEKI KOORDYNOWANEJ ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI

1. Świadczenia opieki koordynowanej są realizowane w co najmniej jednym z następujących zakresów:

1) diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub

2) diagnostyka i leczenie cukrzycy, lub

3) diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub

4) diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.”

Przedstawiony projekt nie przewiduje procesu diagnostyki w kierunku tych chorób w wymienionych zakresach, nie wskazuje czy w przypadku negatywnej diagnostyki



w kierunku tych chorób nastąpi zwrot kosztów wykonanych, podczas tej diagnostyki, badań i konsultacji?

2. W projektowanym zarządzeniu brakuje wyraźnego wskazania o dobrowolności przystąpienia przez świadczeniodawcę do udzielania świadczeń opieki koordynowanej.
3. Zaproponowany poziom finansowania zadań koordynatora jest rażąco za niski w stosunku do zaproponowanego zakresu zadań. Środki przeznaczone na etat koordynatora powinny pokrywać koszt związany z zatrudnieniem uwzględniający określone ustawowo minimalne wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych.
4. Zdaniem Federacji zaproponowany w projekcie sposób zgłaszania specjalistów-konsultantów w postaci harmonogramu ich pracy będzie stanowić znaczące ograniczenie możliwości przystąpienia do koordynacji, szczególnie mniejszych podmiotów w terenach wiejskich. Wymuszanie tworzenia sztywnych harmonogramów spowoduje, że problemy pacjentów dotychczas znane w AOS staną się rzeczywistością w POZ. Jednocześnie wymaganie określania imiennych harmonogramów praktycznie uniemożliwi zawarcie umów na te konsultacje na zasadzie podmiot – podmiot.

Podstawową zaletą POZ jest elastyczność i dostosowywanie się do zmieniających się indywidualnych potrzeb pacjenta oraz warunków otoczenia. Wprowadzając konieczność przedstawiania harmonogramów tą zaletę projekt likwiduje. Federacja proponuje aby podmiot POZ deklarował posiadanie dostępu do lekarza konsultującego a po wykonaniu porady dołączanie numeru PWZ lekarza – konsultanta przy każdorazowym sprawozdawaniu wykonanej w ramach koordynacji porady.

5. Zdaniem Federacji Fundusz powinien wesprzeć podmioty POZ we wdrażaniu koordynacji poprzez:
 - Wyznaczenie osób odpowiedzialnych za komunikację z POZ we wdrożeniu;
 - Przygotowanie listy poradni specjalistycznych zainteresowanych współpracą z POZ w koordynacji;
 - Zorganizowanie kampanii informacyjnej skierowanej do świadczeniobiorców; dotyczącej zasad opieki koordynowanej w POZ.
6. Przedstawiony projekt nie pozwala na wykorzystanie posiadanych kwalifikacji lekarzy POZ tj. posiadających dodatkowo specjalizacje mające zastosowanie w procesie koordynacji – projekt nie rozstrzyga czy tacy lekarze mogą wykorzystać swe kwalifikacje i „autokonsultować” swych pacjentów rozliczając poradę jako konsultację.



7. Zdaniem Federacji wprowadzenie 3% limitu środków na konsultacje lekarz-lekarz w sposób zbędny ograniczy tą najbardziej efektywną dla pacjenta metodę podniesienia jakości udzielanych świadczeń.
8. Zdaniem Federacji zbyt niska wycena badań i konsultacji może znacznie ograniczyć dostępność świadczeniobiorców do zalet koordynacji, Federacja proponuje podwyższenie tych wycen i co kwartalną waloryzację, co najmniej o wskaźnik inflacji. Większość wycen zaproponowanych w projekcie jest poniżej cen zarówno rynkowych jak i stosowanych w rozliczeniach w ramach AOS.
9. Zdaniem Federacji procedura zgłaszania się świadczeniodawców do wykonywania świadczeń opieki koordynowanej powinna ograniczyć się do wyrażenia woli, za pomocą portali NFZ (SZOI, Portalu świadczeniodawcy) o gotowości do wykonywania tych świadczeń.

Uwagi szczegółowe:

1. Federacja proponuje nowe brzmienie:
 - 4) *§ 16 otrzymuje brzmienie:*

(...)

2) *dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej objętych budżetem powierzonym udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawców za ~~pierwsze~~ 12 miesięcy okresu rozliczeniowego poprzedzającego rok dla którego budżet jest ustalany.*

(...)
 5. *Przy pierwszorazowym ustalaniu wartości budżetu powierzonego opieki koordynowanej uwzględnia się:*
 - 1) *wielkość populacji;*
 - 2) *strukturę wiekową;*
 - 3) *szacowaną średnią liczbę świadczeń objętych budżetem powierzonym, wykonywanych w populacji, z uwzględnieniem struktury, o której mowa w pkt 2;*
 - 4) *harmonogram lekarzy specjalistów, o których mowa w załączniku nr 6 rozporządzenia MZ będący załącznikiem do umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.*
 - 4) *epidemiologię występowania chorób objętych koordynacją*
 6. *Lekarz poz obejmujący opieką świadczeniobiorcę w ramach zakresu świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej obowiązany jest do przeprowadzenia nie więcej niż 1*



~~porady kompleksowej w roku kalendarzowym~~ **wykonuje 1 (jedną) poradę kompleksową w roku kalendarzowym.**

(...)

~~9. Łączna wartość konsultacji z lekarzem specjalistą (lekarz poz – lekarz specjalista) nie może przekroczyć 3% kwoty budżetu powierzonego opieki koordynowanej w okresie rozliczeniowym.~~

6) § 39 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dla realizacji zadań wykonywanych przez koordynatora, związanych z budowaniem relacji pomiędzy wszystkimi podmiotami zaangażowanymi:

(...)

h) zadania określone w pkt 1

ustala się wartość stawki w wysokości, o której mowa w poz. 6.1 w załączniku nr 1, korygowaną współczynnikiem - ~~1,25~~ **2 dla świadczeniobiorców z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia.**”;

8) § 39 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką koordynatora realizującego zadania, o których mowa w ust. 2 pkt 2 nie powinna przekraczać 5000 osób na 1 etat przeliczeniowy. Liczbę osób objętych opieką koordynatora opieki oblicza się na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz ~~z grupy wiekowej osób w wieku powyżej 18 roku życia.~~”;

- Federacja proponuje dodać do Załącznika numer 2 zmieniającego Załącznik numer 20 rozpoznania I11, I50, E89.0 jako zgodne z Rozporządzeniem MZ co do zakresu schorzeń objętych koordynacją oraz Z03 do świadczeń w zakresie diagnostyki w kierunku chorób objętych koordynacją.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/