



Zielona Góra, dn. 03.03.2025 r.

BFPZ/113/03/2025

Sz. P.

Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu zarządzenia - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi.

Projekt zarządzenia AOS 2025 wprowadza mechanizm uzależniający poziom finansowania świadczeń od udziału świadczeń pierwszorazowych. Intencją projektodawcy jest zwiększenie dostępności do specjalistów poprzez premiowanie placówek przyjmujących więcej nowych pacjentów. Niestety, analiza proponowanych zmian wskazuje na ryzyko wystąpienia skutków odwrotnych do zamierzonych, pogorszenia sytuacji pacjentów oraz destabilizacji systemu ochrony zdrowia.

Kluczowe zastrzeżenia i uwagi:

1. niesprawiedliwość mediany ogólnopolskiej:
 - Kryterium mediany nie może być naliczane post factum, podmioty muszą wiedzieć jakie kryterium mają spełniać przed dokonywaniem rejestracji pacjentów, a nie po realizacji świadczeń.
 - Ustalenie jednej mediany ogólnopolskiej jako kryterium oceny udziału świadczeń pierwszorazowych jest nieadekwatne. Różnice między województwami pod względem liczby specjalistów, dostępności świadczeń i specyfiki demograficznej są zbyt duże, aby uśredniony wskaźnik mógł być sprawiedliwy.
 - Mechanizm ten karze placówki w regionach o lepszej dostępności i rozwiniętej opiece koordynowanej, mimo że działają efektywnie.
 - Proponujemy obliczanie wskaźnika na poziomie wojewódzkim, co uwzględni lokalne realia. Medianę zawyżają również poradnie nowopowstałe.



2. Ignorowanie danych z systemu APKOLCE:

- W wielu specjalizacjach (np. kardiologia, endokrynologia, ortopedia) system APKOLCE pozwala na bieżące monitorowanie kolejek pacjentów pierwszorazowych, potwierdzając, że są oni przyjmowani w terminach zgodnych ze standardami. Mimo to mechanizm korygowania zdaje się ignorować te dane.
- Wnosimy o uwzględnianie informacji z systemu APKOLCE jako dowód na skuteczne zarządzanie dostępnością świadczeń. Dodatkowo, od czerwca br. do systemu dołączą kolejne specjalizacje (urologia, diabetologia, gastroenterologia, nefrologia, choroby płuc, okulistyka, otolaryngologia).

3. Karanie placówek bez kolejek:

- Niektóre placówki przyjmują pacjentów pierwszorazowych niemal na bieżąco, co potwierdzają dane z APKOLCE.
- Mechanizm obniżania finansowania świadczeń, który karze placówki za brak kolejek, jest niesprawiedliwy i demotywujący.
- Wnosimy o wyłączenie takich placówek z mechanizmu korygowania. Nie można zmniejszyć kolejek, jeśli ich zwyczajnie nie ma lub liczba oczekujących pacjentów jest znikoma.

4. Nieuwzględnianie wpływu opieki koordynowanej w POZ:

- Wprowadzenie opieki koordynowanej w POZ znacząco zmniejszyło liczbę pacjentów kierowanych do poradni AOS. Część pacjentów jest diagnozowana i leczona już na poziomie POZ.
- Mechanizm korygowania nie uwzględnia tego wpływu, co prowadzi do niesprawiedliwej oceny placówek specjalistycznych.
- Wnosimy o uwzględnienie tego czynnika przy ocenie wskaźnika pierwszorazowych świadczeń.

5. Zagrożenie stabilności finansowej placówek:



- Wprowadzenie współczynnika korekcyjnego 0,75 dla placówek, które nie spełniają wymagań, może poważnie zagrozić ich stabilności finansowej. Dotyczy to szczególnie kardiologii, gdzie koszty funkcjonowania są wysokie.
- Obniżenie finansowania może doprowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń, a w skrajnych przypadkach – do zamknięcia placówek.

6. Wątpliwości co do podstaw prawnych obniżania cen:

- Taryfy ustalane przez AOTMiT powinny być podstawą do rozliczeń świadczeń. Wprowadzenie mechanizmu korygowania, który de facto obniża cenę świadczeń, budzi wątpliwości co do zgodności z prawem.
- Placówki nie mogą być zmuszane do realizacji świadczeń poniżej ich rzeczywistych kosztów.
- Wnosimy o wyjaśnienie podstaw prawnych tego mechanizmu oraz o zapewnienie, że wyceny AOTMiT będą w pełni respektowane.

7. Nieuwzględnianie wpływu podwyżek wynagrodzeń:

- Od lipca planowane są kolejne podwyżki wynagrodzeń dla personelu medycznego, co oznacza wzrost kosztów funkcjonowania placówek.
- W sytuacji obniżenia finansowania z powodu niespełnienia wymagań dotyczących mediany ogólnopolskiej, placówki mogą mieć trudności w utrzymaniu personelu.
- Brak odpowiedniego finansowania może doprowadzić do odpływu kadry medycznej i dalszego pogorszenia dostępności świadczeń.

Rekomendacje

1. Ochrona pacjentów przewlekle chorych: należy przeanalizować wpływ nowych przepisów na pacjentów przewlekle chorych i wprowadzić dodatkowe mechanizmy zabezpieczające ich dostęp do leczenia.
2. Systemowe mechanizmy dyscyplinujące pacjentów: należy wprowadzić systemowe mechanizmy dyscyplinujące pacjentów nie zgłaszających się i nie odwołujących wcześniej zaplanowanych wizyt. W 2023 roku było to ok. 1,5 miliona nieodwołanych wizyt, co oznacza 500 tysięcy godzin niewykorzystanego czasu lekarzy specjalistów.



Opanowanie tego zjawiska przyczyni się do poprawienia dostępności do pierwszorazowej wizyty specjalistycznej.

3. Zastąpienie kar finansowych systemem motywacyjnym: Kary finansowe należy zastąpić współczynnikami korygującymi wartości świadczenia w proporcji do wskaźnika przyjęć pierwszorazowych, co miałyby walor motywacyjny w celu zwiększania liczby pacjentów pierwszorazowych. Postulujemy wprowadzenie dodatku za wynik w postaci współczynnika korekcyjnego 1,25 dla podmiotów które spełniają założone (z góry) kryterium a nie karanie współczynnikiem 0,75 tych poradni, które go nie spełniają.
4. Współpraca NFZ z placówkami medycznymi: Konieczność racjonalnego wykorzystania czasu lekarzy specjalistów, w tym zwiększenie dostępności pacjentów pierwszorazowych, może być osiągnięte we współpracy NFZ z placówkami medycznymi, wdrażaniem kolejnych segmentów opieki koordynowanej oraz wdrażaniem nowych produktów profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
5. Monitorowanie wpływu zmian na POZ: Monitorować wpływ zmian na POZ, by zapobiec nadmiernemu obciążeniu lekarzy rodzinnych, uwzględnić sytuację demograficzną lekarzy pracujących w POZ pod kątem zwiększenia obciążeń.
6. Pilotażowe wdrożenie: należy wprowadzić pilotaż nowych zasad w wybranych placówkach przed ich wdrożeniem na szeroką skalę, by ocenić rzeczywiste skutki.
7. Ustalanie mediany na poziomie wojewódzkim: należy zrezygnować z ustalania jednej wartości mediany dla całego kraju, wziąć pod uwagę rzeczywiste lokalne potrzeby, przenieść ustalenie mediany na Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.
8. Audyt w zakresie konkursów na AOS: należy przeprowadzić rzetelny audyt w zakresie konieczności lub jej braku przeprowadzenia konkursów w zakresie AOS, zapewniających dostępność odpowiadającą rzeczywistym potrzebom społecznym.



9. Udostępnienie załącznika 1A: Należy niezwłocznie udostępnić załącznik 1A do projektu zarządzenia, ponieważ jest on kluczowy dla rzetelnej oceny wpływu proponowanych zmian na funkcjonowanie placówek AOS.

Projekt zarządzenia AOS 2025, choć motywowany chęcią poprawy dostępności do specjalistów, może prowadzić do skutków odwrotnych. Wprowadzone zmiany powinny zostać dokładniej przeanalizowane i uzupełnione o mechanizmy chroniące pacjentów i placówki medyczne przed negatywnymi skutkami finansowymi i organizacyjnymi. Konieczne jest uwzględnienie realiów funkcjonowania placówek oraz specyfiki lokalnych społeczności, a także prowadzenie dialogu ze świadczeniodawcami i organizacjami pacjentów.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/