*Tabela uwag do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | Przepis | Podmiot zgłaszający uwagę | Treść uwagi | *Stanowisko MZ* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  | Wszelkie pomysły zawarte w projekcie rozporządzenia nie odniosą należytego skutku bez podwyższenia ceny punktu.  Obecna cena punktu została ustalona w czasie konkursu w roku 2011. Od tego czasu inflacja wyniosła 5,7%, wzrosły ceny aparatury i jej serwisu, mediów, śmieci medycznych, najmów, zaopatrzenia, usług zewnętrznych w tym obsługi i oprogramowania IT oraz nastąpił znaczny wzrost wynagrodzeń personelu. Zwiększenie wyceny świadczeń przy obecnej liczbie zakontraktowanych punktów spowoduje szybsze zużycie punktów kontraktowych – w efekcie za tą samą wysokość kontraktów przyjmiemy mniej pacjentów a **kolejki oczekujących się wydłużą**. Poza niezadowoleniem pacjentów placówki będą musiały się jeszcze zmierzyć z organizacją przełożenia terminów oczekujących pacjentów, których zapisy sięgają połowy roku 2020 r.  Proponowalibyśmy także uregulowanie kwestii płatności za nadwykonania. Od lat informacja taką otrzymujemy w ostatnim kwartale roku, kiedy nie jest możliwa zmiana organizacji pracy poradni i otrzymane środki nie są możliwe do wykorzystania. Proponujemy aby Narodowy Fundusz Zdrowia podsumowywał wykonania świadczeń i informował systematycznie o możliwości ewentualnych nadwykonań co może wpłynąć na **zmniejszenie** **kolejki** pacjentów do lekarza. |  |
|  | **§ 12 pkt 1** |  | Poradnie zabiegowe nie mają możliwości rozliczania wizyt pierwszorazowych. Jednak w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej także prowadzą kolejki oczekujących, często z długimi terminami oczekiwania jak np. poradnia ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Wprowadzenie do zał. 5a zakresów wizyt pierwszorazowych dla poradni zabiegowych zwiększyłoby motywację do przyjęć nowych pacjentów.  Sztywne wydzielenie ilości zakontraktowanych punktów na zakres skojarzony – świadczenia zabiegowy – skutkuje sztucznym tworzeniem zbędnych konsultacji. Podział ten powinien być określony jako minimum zabiegowe – umożliwiłoby to lekarzom realizację zabiegów już na pierwszej wizycie i skutecznie odciążyć szpitale w zakresie małych zabiegów. Takie rozwiązanie umożliwiałoby w efekcie zwiększenie liczby przyjętych pacjentów, przy tej samej wysokości kontraktu. |  |
|  | **§ 12 pkt 14** |  | Wartość rozliczanych świadczeń dla dzieci do lat 3 powinna być wyceniana z zastosowaniem współczynnika 3. Przy braku lekarzy posiadających specjalizacje dziecięce, lekarze innych specjalności powinni mieć motywację do przyjęć dzieci. Konsultacje te są czasochłonne ze względu na brak kontaktu z pacjentem oraz nadmierny udział rodziców i pozostałej rodziny. Rozwiązanie takie zmotywowałoby przyjęcia małych dzieci w poradniach w których obecnie nie były przyjmowane (w poradniach dla dorosłych), a to z kolei skróciłoby kolejki oczekujących do specjalistów dziecięcych (znaczna część dzieci byłaby leczona w poradniach dla dorosłych). |  |
|  | **§ 12 pkt 15** |  | Wartość rozliczanych świadczeń dla dzieci do lat 18 powinna być wyceniana z zastosowaniem współczynnika 2,4, w powodów jak wyżej. |  |
|  | **§ 12 pkt 16** |  | Do wymienionych przychodni powinny być wprowadzone wszystkie poradnie, których kolejki są prowadzone w aplikacji AP-KOLCE. Skupiłoby to uwagę świadczeniodawców na pacjentach jeszcze nieleczonych i niezdiagnozowanych. |  |