



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

Zielona Góra, dn. 23.08.2019 r.

BFPZ/746/08/2019

Sz. P.

Adam Niedzielski

Prezes Narodowego

Funduszu Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu zarządzenia zmieniającego zarządzenie Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” przesyła uwagi:

1. Federacja wnioskuje o dodatkowe zwiększenie od 1 września 2019 roku stawek kapitacyjnych lekarza POZ o 7 groszy miesięcznie we wszystkich pozycjach załącznika nr 1 (L.p. 1.1 – 1.1ao).

Uzasadnienie:

Winna to być rekompensata za dodatkowe obowiązki i koszty nałożone w ostatnim czasie na podmioty POZ w postaci, m.in.:

- a) wykonywania bezpłatnych kserokopii dokumentacji medycznej dla pacjentów na każde ich żądanie,
- b) dodatkowe obciążenie pracą lekarzy POZ ze względu na kwalifikacje dzieci i młodzieży do uprawnia sportu,
- c) urlopy szkoleniowe 6 dni dla pielęgniarek płatne przez pracodawcę.

Koszty należy zrekompensować, a za dodatkową pracę należy zapłacić.

2. Zdaniem Federacji zaproponowane zwiększenie finansowania profilaktyki jest zbyt niskie i nie spełni swojego celu.



3. Stawki kapitacyjne dla podmiotów wystawiających e-recepty powinny być utrzymywane na stałym poziomie przez cały okres obowiązywania umowy na tym samym, najwyższym dotąd uzyskanym przez podmiot, poziomie (o ile utrzymuje się w tym samym przedziale procentowego udziału e-recept). Obniżanie stopniowe stawki kapitacyjnej pomimo wystawiania e-recept na tym samym, bądź nawet wyższym, poziomie będzie działało demotywująco na świadczeniodawców. Zrozumiałe jest co do zasady stosowanie zachęty, że „im wcześniej zaczniesz tym wyższą stawkę uzyskasz” ale trzeba ją utrzymać jako stałą a nie degresywną dla pojedynczego podmiotu. Jednocześnie Federacja zwraca uwagę, że część dostawców oprogramowania nie przygotowała dotąd swoich aplikacji do wystawiania e-recept dlatego w takim przypadku powinna być możliwość uzyskania większej stawki kapitacyjnej (takiej jak pozostali świadczeniodawcy we wrześniu) od pierwszego pełnego miesiąca kiedy aplikacja uzyska taką funkcjonalność. NFZ wie jaką aplikacją posługuje się świadczeniodawca, gdyż dana ta jest zawarta w sprawozdawczości przekazywanej co miesiąc do NFZ.
4. Obliczanie stawek za procent wystawianych e-recept zamiast obliczania odsetka porad, w ramach których wystawiono e-receptę z ogólnej liczby porad. Nie powinno się stymulować wystawiania recept tam, gdzie nie jest to konieczne i karania lekarzy za udzielanie porad np. profilaktycznych, w ramach, których nie ma potrzeby wystawiania recepty (np. szczepienia, bilanse).
5. Likwidacja oświadczenia (Załącznik nr 6) zgodnie z ustaleniami z Ministrem Zdrowia.
6. Federacja wnosi o przyjęcie zasady, że w załączniku 2a zaznaczenie opcji 3 oznacza, że świadczeniodawcy dokonują podziału środków „w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej” w związku z brakiem uzgodnienia z OIPiP bez konieczności odbywania całej procedury po raz kolejny w przypadku wdrożenia zmian w OWU aktualnie procedowanych.



7. W związku z rosnącymi kosztami utrzymania transportu Federacja wnosi o waloryzację stawki kapitacyjnej dla świadczeń transportu sanitarnego w POZ.

Uwagi szczegółowe:

1. W § 1 zmiana 1) – brak definicji ograniczenia dostępności do świadczeń. Brak jest również określenia zakresu kompetencji lekarza, o którym mowa w tym punkcie. Nie jest określony wymiar czasu pracy takiego lekarza, aby uzyskać dofinansowanie oraz czy może on pracować samodzielnie czy pod nadzorem.
2. W zmianie 2) doprecyzowania wymaga czy rozpoczęcie specjalizacji przez lekarza, o którym mowa w par. 14 ust. 11 przerywa finansowanie.
3. Wprowadzenie wymogu odbywania wizyty minimum raz na 3 miesiące w przypadku chorób przewlekłych wydaje się zbyt rygorystyczne w sytuacji, kiedy dążymy do planowania opieki nad takim pacjentem i wystawiania e-recept na cały rok. Jeżeli pacjent jest chory przewlekle i ma wystawione leki oraz zlecone badania kontrolne to wzywanie go co miesiąc do lekarza POZ może być zbędne i generować niepotrzebne wizyty. Wystarczająca do prowadzenia takiego pacjenta może być w takiej sytuacji porada np. pielęgniarki POZ, która wraz z lekarzem tworzy zespół. Wyznacznikiem, że pacjent jest pod opieką lekarza POZ powinna być minimum 1 porada w roku oraz brak wizyt w AOS na podstawie skierowania lekarza POZ w ciągu ostatnich 3 miesięcy.
4. Wprowadzone progi procentowe do świadczeń profilaktycznych są zbyt precyzyjne (15%, 30%, 45%, 60%) należy zastąpić je zwrotami „minimum ...%” bądź „co najmniej ... %” oraz zbyt wysokie. Należy rozważyć stworzenie większej ilości progów i odpowiedniego wzrostu finansowania w zależności od osiągniętego rezultatu. Brak jest również ustalenia sposobu obliczania w sytuacji, kiedy pacjentów przybędzie lub ubędzie w stosunku do pierwotnej listy wg stanu na 1 stycznia 2020r.



POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia

65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

5. W załączniku nr 1 należy do już zamieszczonych kodów dodać pozostałe kody 3 lub 5 znakowe tak aby finansowanie świadczeń nie było zależne od podania, bądź nie, rozszerzenia. Alternatywnie można wpisać w tabeli wszystkie kody jako 3 znakowe i dopisać, że uwzględnia się kody 3 znakowe oraz wszystkie rozszerzenia 5 znakowe. Dodatkowo zakres kodów w załączniku rozszerzyć o grupę E13, I44, I45, I47, I49 (3 i 5 – znakowe).
6. Wprowadzenie korekt do Załącznika nr 2 w związku z uwagami przedstawionymi w uwagach ogólnych.

Z poważaniem

Jacek Krajewski

Prezes Federacji PZ

Marek Twardowski

Wiceprezes Federacji PZ

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

Marek Sobolewski

Ekspert Federacji PZ