



Zielona Góra, dn. 31.01.2018r.

BFPZ/47/01/2018

Sz. P.

Andrzej Jacyna

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu zarządzenia - program pilotażowy opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”**, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” przesyła uwagi:

Analiza przedstawionego projektu pozwala na wyciągnięcie kilku ogólnych wniosków:

- Zdecydowanie poniżej rzeczywistych kosztów oszacowano koszt fizjoterapii oraz badań dodatkowych; szczególnie obrazowych; będzie to rzutowało na możliwość zakupu tych usług, zwłaszcza tam gdzie jest jeden podmiot je świadczący
- Zaplanowano olbrzymią ilość dodatkowej biurokratycznej pracy co obniża atrakcyjność projektu i przesądza o jego negatywnym odbiorze wśród personelu medycznego
- Stworzono projekt „obok” wiedzy medycznej co powoduje iluzoryczność działania w rzeczywistości nie mającą wpływu na zdrowotność populacji
- Niepewne finansowanie projektu, konieczność zainwestowania znacznych środków finansowych z ryzykiem ich utraty (weksel in blanco – „nowość” w umowach z NFZ), spowoduje znaczną ostrożność świadczeniodawców w przystąpieniu do tego projektu
- Stworzono kryteria eliminujących znaczną część świadczeniodawców z możliwości udziału w pilotażu - założono w projekcie niereprezentatywny dla kraju skład uczestników

Podsumowując: **przedstawiony projekt pilotażu nie da możliwości uogólnienia powstałych w jego wyniku wniosków co czyni cały projekt niepotrzebnym**



Uwagi szczegółowe:

I.Treść Zarządzenia

Rozdział 3 Wybór realizatorów programu pilotażowego

§ 5. ust. 4 pkt. 2 - błąd logiczny zdania: nie wybiera się pomiotu świadczącego usługi w 45 miejscach a wybiera się 45 podmiotów,

§ 5. ust. 4 pkt. 4 - kryterium „w dniu złożenia oferty oferent ma zawartą umowę na świadczenia lekarza POZ na czas nieoznaczony” jest niedopuszczalne ponieważ dyskryminuje podmioty należące do Federacji Porozumienie Zielonogórskie podmioty.

Rozdział 6 Udział świadczeniobiorcy w pilotażu POZ PLUS

§ 16. ust.3 - powinno się zastąpić badania bilansowe innym rodzajem programu badań profilaktycznych, opartym na dowodach naukowych oraz uzgodnionym w szerokich konsultacjach z przedstawicielami świadczeniodawców. Do świadczeń profilaktycznych powinni być uprawnieni świadczeniobiorcy w wieku od 35 a nie od 20 r.ż.

Rozdział 7 Finansowanie pilotażu POZ PLUS

§ 18. ust. 1 pkt. 1c. - grant na finansowanie udzielania profilaktycznych świadczeń bilansowych (bilanse dorosłych) powinien zostać zastąpiony grantem na udzielanie świadczeń profilaktycznych zgodnie z opracowanym od nowa programem;

Rozdział 8 Zasady przyznawania i rozliczania grantu

§ 19. – dotychczasowy zapis dotyczący grantu technologicznego na opracowanie narzędzi IT, do rozliczania świadczeń POZ PLUS przez świadczeniodawcę, powinien być usunięty w całości i zastąpiony inną propozycją wsparcia technologicznego.

Stworzenie komunikatów sprawozdawczych oraz sprawozdawczości i usług integracyjnych wymienionych w pkt. 1-4 powinny być sfinansowane na podstawie bezpośrednich umów NFZ z dostawcami oprogramowania wskazanymi przez przychodnie zakwalifikowane do udziału w pilotażu POZ PLUS.

Terminy dostosowania systemów informatycznych określone w ust.4 z inicjatywy samych świadczeniodawców są nierealne i wymagają negocjacji z dostawcami oprogramowania, a nie samymi świadczeniodawcami.



Wymienione w ust. 11 konsekwencje niedostosowania systemu informatycznego w narzuconym umową terminie oraz rozwiązania umowy o realizację pilotażu POZ PLUS w postaci zwrotu całości grantu technologicznego wraz z odsetkami powinny zostać usunięte lub złagodzone wprowadzeniem zapisów że nie będą miały zastosowania o ile do takich sytuacji dojdzie nie z winy świadczeniodawcy.

§ 21. - proponujemy wszędzie zamienić sformułowania „profilaktycznych świadczeń bilansowych” na „świadczeń profilaktycznych”, „świadczenia bilansowe” na „świadczenia profilaktyczne” oraz wykreślić wszystkie sformułowania odnoszące się do badań bilansowych dorosłych. Katalog świadczeń profilaktycznych powinien być stworzony od nowa.

ust. 9 i 10 – usunąć w całości.

Projektodawca badań bilansowych nie zadał sobie trudu przeanalizowania nie tylko zgodności merytorycznej proponowanego zakresu badań z wytycznymi opartymi na doniesieniach naukowych, ale przede wszystkim nie policzył czasu pracy niezbędnego do wykonania proponowanego minimalnego poziomu realizacji bilansów. Przykładowa kalkulacja czasu pracy zespołu POZ na 1 lekarza POZ mającego pod opieką 2500 tys. pacjentów, w tym ponad 60% w wieku ponad 20 lat (wariant najbardziej prawdopodobny):

1. populacja 70% = 1500 pacjentów x 20% (minimalny poziom realizacji bilansów) = 300 osób/16 m-cy pilotażu (najwcześniej od lipca plus 2 m-ce urlopu) = ok. 18 osób/mc

2. Minimalny zakres czasowy pracy personelu medycznego wg schematu postępowania i zaproponowanego podziału zadań (zał 1a rozdz. 5 i rys 1):

a) pielęgniarka: wizyta przedbilansowa (w tym kwestionariusz) – 30 min

b) lekarz: I wizyta (ocena stanu zdrowia) + II wizyta (IPPZ) = 40 min/pacjenta

Dodatkowy minimalny miesięczny czas pracy personelu medycznego:

- lekarza = 40 min x 18 pacjentów = 12 godzin pracy

- pielęgniarki = 30 min x 18 pacjentów = 9 godzin pracy

Takie minimalne nakłady czasowe pracy personelu medycznego w POZ są nierealne do osiągnięcia. I to przy założeniu że mają pełne wsparcie koordynatora w zakresie działań



administracyjnych oraz edukacyjnych. Pielęgniarka i lekarz POZ dodatkowo będą obciążeni zadaniami wynikającymi w opieką nad chorymi przewlekle w modelu DMP, co powinno być zasadniczym celem pilotażu. Tymczasem programy DMP zejść na dalszy plan, jeżeli świadczeniodawca będzie musiał się „wykazać” wyśrubowaną ilością bilansów dorosłych, pod groźbą rozwiązania umowy.

Warunkiem koniecznym będzie zatrudnienie dodatkowego personelu medycznego, co jest niezmiernie trudne z powodu narastających braków kadrowych i braku chętnych lekarzy i pielęgniarek do pracy w POZ zwłaszcza w obszarach odległych od dużych miast – a takie podmioty miały być głównym beneficjentem pilotażu w modelu POZ PLUS.

Nawet jeżeli pojedyncze placówki znajdą odpowiednie zasoby kadrowe do realizacji tego wątpliwego merytorycznie zadania, to z całą pewnością nie będzie one możliwe do powszechnej realizacji w całym POZ. A to, w myśl ustawy o POZ, ma być głównym założeniem pilotażu.

ust. 16 – usunąć w całości.

W kontekście powyższych uwag groźba rozwiązania umowy z powodu nieosiągnięcia założonego w projekcie minimalnego poziomu realizacji bilansów jest niedopuszczalna.



Załącznik nr 1 a. Profilaktyczne świadczenia bilansowe

Należy usunąć w całości i zastąpić go programem badań profilaktycznych w zakresie opartym o doniesienia naukowe oraz możliwym do realizacji w czasie, który na profilaktykę i promocję zdrowia może realnie poświęcić przeciętny zespół POZ złożony z lekarza, pielęgniarki i położnej POZ (np. w wymiarze do 5% czasu pracy).

Wykonywanie badań w zakresie bilansu pogłębionego powinno być dobrowolne i nie wiązać się z obowiązkiem posiadania umowy na te z nich które nie są obecnie realizowane w POZ (m.in. USG piersi, densytometria).

W szczególności nie do zaakceptowania jest:

1. Przedział wiekowy 20-35 lat zakwalifikowany do programów profilaktycznych.
2. Obowiązek wykonania wszystkim zdrowym pacjentom, również tym bez zgłaszanych objawów podmiotowych i niezależnie od wieku, pełnego badania fizykalnego wg kwestionariusza (w którym można wpisać jedynie „w normie/poza normą”, nie ma odpowiedzi „nie badano”) z badaniem *per rectum* włącznie! Korzyści z pełnego badania internistycznego osób zdrowych nie zostały udowodnione badaniami naukowymi.
3. Obowiązek wykonania wszystkim zdrowym pacjentom, również tym bez zgłaszanych objawów podmiotowych i niezależnie od wieku, morfologii, OB, i badania ogólnego moczu, nie oparty na doniesieniach naukowych zasadności takiego działania.
4. Pominięcie w obowiązkowym zakresie badań profilaktycznych o uznanej na podstawie doniesień naukowych wartości (m.in. cytologii, mammografii kolonoskopii w zależności od grupy wiekowej i płci) i ograniczenie się jedynie do działań informacyjnych w tym zakresie.
5. Obowiązek oferowania w ramach pilotażu specjalistycznych wizyt edukacyjnych u dietetyka i psychologa zamiast dobrowolności (nieistniejący obecnie zakres świadczeń w POZ)



Załącznik nr 1b Kwestionariusz bilansowy (wzór zakresu danych)

Z opisu nie wynika czy jest on obowiązkowy, czy jest jedynie przykładowym wzorem. Powinno się pozostawić świadczeniodawcy dowolność jego zastosowania i przetwarzania na swoje potrzeby.

Załącznik nr 1c Katalog produktów rozliczeniowych – profilaktycznych świadczeń bilansowych

Ceny jednostkowe powinny być zaokrąglone do złotówki, bez konieczności rozliczania groszy (np. wizyta edukacyjna – 50 zł zamiast 47,50 zł).

Załącznik 2b Katalog świadczeń wraz z wyceną w programie zarządzania chorobą

Zakres badań diagnostycznych wymienionych w katalogu nie powinien być szerszy niż ten objęty zakresem AOS. Powinno się wykreślić z katalogu te badania, których zasadność wykonywania w POZ nie jest jednoznacznie opisana w załączonych ścieżkach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz wytycznych towarzystw naukowych lub przekraczają kompetencje lekarza POZ i jego konsultujących specjalistów ze względu na ich wysoce specjalistyczny charakter, m.in.:

- wszystkie badania wysokospecjalistyczne (m.in. SPECT, TK, MRI) z wyjątkiem scyntygrafii tarczycy, które są wykonywane w ramach umów w zakresie ASDK (konsultujący specjaliści powinni mieć możliwość kierowania na te badania, podobnie jak lekarze poradni AOS)
- bodypletyzmografia (badanie nieosiągalne i niewykonywane poza ośrodkami klinicznymi)
- gazometria (błędnie zapisano gazometria) nie jest dostępna w warunkach punktu pobierania krwi w przychodni.

Cena konsultacji telefonicznych lekarz-lekarz powinna być nie mniejsza niż 60 PLN. Konsultacja ma charakter jednorazowy i wiąże się z koniecznością zapoznania z całą dokumentacją medyczną pacjenta oraz jej opisem w dokumentacji medycznej, a także z odpowiedzialnością za podjęte decyzje. Za stawkę 30 PLN nie będzie możliwe znalezienie chętnych specjalistów do realizacji tego typu porad.



Fizjoterapia:

Całkowicie niedoszacowane są świadczenia kinezyterapeutyczne. Indywidualna fizjoterapia z pacjentem to min. 50 PLN/30 min w przychodni i 100 PLN w domu, a nie odpowiednio 25 PLN i 50 PLN.

Podobnie ćwiczeń grupowych dla 10 osób nie da się wykonać za 1 PLN, a co najmniej za 100 PLN/30 min.

Zakres fizykoterapii powinien być dostosowany do możliwości jej wykonywania w warunkach POZ i również odpowiednio wyżej wyceniony.

Załącznik 3 Obszary postępowania (wiejskie, wiejsko-miejskie, miejskie) oraz liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez podmioty przystępujące do pilotażu POZ PLUS

Powinien zostać zniesiony podział na obszary wiejskie do 5 tys. i połączone z drugą kolumną w jeden obszar (wiejskie, wiejsko-miejskie, miejskie) do 10 tys. Praktyki wiejskie nie będą w stanie sobie poradzić z tak rozbudowanym zakresem świadczeń, wymagań sprawozdawczych oraz odpowiedzialności i należy z góry założyć że model POZ PLUS, w postaci przedstawionej w projekcie, nie jest dla nich dedykowany.

Załącznik nr 5 Kryteria wyboru świadczeniodawców do realizacji pilotażu POZ PLUS

Wymaganie posiadania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie "Świadczenia lekarza POZ" co najmniej do dnia 31 grudnia 2019 r. w momencie złożenia oferty eliminuje wszystkich członków Federacji „Porozumienie Zielonogórskie” i inne podmioty, które mają podpisaną umowę do 30.06.2018r. Jeżeli posiadanie umowy do 31.12.2019r. jest rzeczywiście wymagane na etapie podpisania umowy grantowej, to należy zamienić ten warunek na oświadczenie, że po wyborze oferty w drodze postępowania konkursowego, przed podpisaniem umowy na pilotaż POZ PLUS świadczeniodawca który posiada umowę na rok zobowiązuje się do jej przedłużenia do 31.12.2019 roku.

Z kryteriów dodatkowo ocenianych należy usunąć następujące:



- Czy umowa w zakresie "ŚWIADCZENIA LEKARZA POZ" jest zawarta na czas nieoznaczony? – dyskryminuje członków „Porozumienia Zielonogórskiego”

W kryterium „Czy świadczeniodawca zapewnia dostęp do świadczeń lekarskich w godzinach od 8 do 18, z uwzględnieniem dostępności w godzinach 8.00-18.00 lekarza specjalisty medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych lub w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych, dostępny (100% czasu pracy poradni)?” – określenie „od .. do...” należy zamienić na określenie „pomiędzy”, tak jak to jest w umowie. Tak sformułowane kryterium dyskryminuje małe indywidualne praktyki lekarzy, które nie są w stanie pracować przez 10 godzin dziennie.

W kryterium „Czy świadczeniodawca zrealizował program profilaktyki chorób układu krążenia dla populacji objętej opieką, podlegającej programowi w roku 2016, a procent populacji przebadanej wynosił:” - zamienić rok 2016 na rok 2017.

Załącznik nr 7 Umowa o realizację pilotażu POZ PLUS

Należy zmienić zapisy odpowiednio do uwag zgłoszonych powyżej.

Z poważaniem

Wiceprezes Federacji PZ

Teresa Dobrzańska-Pielichowska

Załącznik – uwagi w formie tabeli