

Krajowa Izba Gospodarcza

Komitet Zdrowia i Zrównoważonego
Rozwoju Społecznego



Izba Gospodarcza

Medycyna Polska



Pan Michał Kamiński
z-ca prezesa NFZ
ds. medycznych
ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa

Dotyczy: zasad kontraktowania usług medycznych w 2005 r.

Szanowny Panie Prezesie,

W nawiązaniu do pisma CF/DOP/1680/2004 z dn. 1.10.2004 r. przesyłam następujące uwagi dotyczące zasad kontraktowania usług medycznych w 2005 r.

UWAGI OGÓLNE

1. Wchodząca w życie znowelizowana ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia zawiera jedynie rozwiązania pozwalające, po wyroku Trybunału Konstytucyjnego, na zgodne z konstytucją zakontraktowanie świadczeń zdrowotnych na 2005 r. Praktycznie jedynie zapisy normujące sposób formowania kolejki oczekujących na świadczenia deficytowe są zapisami rozwiązującymi jeden z wielu problemów nękających służbę zdrowia.
2. Istotna z punktu widzenia usługodawców jest możliwość przesunięć środków w ciągu roku pomiędzy poszczególnymi działami w ramach planów finansowych oddziałów NFZ, bez wymaganej, jak dotychczas, zgody dwóch ministrów.
3. W dalszym ciągu brakuje propozycji katalogu rozwiązań porządkujących system i harmonogramu ich wdrożenia, w odniesieniu do których uzyskano konsensus większości sił polityczno-społecznych i środowiska służby zdrowia.
4. Istotne jest, aby informacje gromadzone w systemie w wyniku kontraktowania usług umożliwiły pełną i szybką identyfikację potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i w sposób obiektywny określały zapotrzebowanie na usługi medyczne. Sprzeczny z tym postulatem jest **zapis dotyczący leczenia szpitalnego, który mówi o tym, że przy wykonaniu dodatkowych świadczeń w ramach jednej, głównej usługi medycznej w sprawozdawczości do NFZ należy wykazać tylko 1 świadczenie.**
5. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wskazany byłby zapis o możliwości przedłużania kontraktów na kolejne okresy. Umożliwiłoby to planowanie inwestycji i w konsekwencji poprawienie jakości usług.
6. W ramach długofalowych działań NFZ należy przewidzieć konieczność koordynacji i dostosowania ewidencji usług do prac Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji nad zmianami w systemie PESEL.
7. Należy pozytywnie ocenić wprowadzenie tzw. systemu otwartego do kontraktowania usług w dziedzinie zaopatrzenia w środki pomocnicze.

UWAGI SZCZEGÓŁOWE

1. Opieka długoterminowa

Brak odrębnych kryteriów kwalifikacji pacjentów do zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego i opiekuńczo-leczniczego. Przy tym samym zakresie i rodzaju udzielanych świadczeń w obydwu typach zakładów stosuje się różny poziom finansowania – np. 47 i 57 zł (wyższe w zakładach opiekuńczo-leczniczych).

2. Opieka psychiatryczna

- W szczegółowych materiałach informacyjnych utrzymano zasadę zmniejszania finansowania do poziomu 70 proc. za okres przekraczający ustalony limit, co jest nieuczynne, gdyż część pacjentów (ok. 20 proc. hospitalizowanych) wymaga leczenia dłuższego niż ustalone limity.
- W oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjnych) postuluje się o rozszerzenie zakresu schorzeń finansowanych na tych oddziałach do wszystkich związanych z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania po spożyciu alkoholu oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania spowodowanymi używaniem leków uspokajających i nasennych. Dotychczasowe finansowanie jedynie rozpoznań o symbolach F 10.3 i F 10.4 oraz odpowiednio F 13.3 i F 13.4 jest nieadekwatne do zadań oddziału. Pozostałe rozpoznania z tych dwóch grup również powinny być finansowane na tym oddziale.
- Proponuje się możliwość finansowania na oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacyjnych) rozpoznania o symbolu Z.03.

3. Pielęgniarska opieka środowiskowo-rodzinna

Postuluje się o:

- Odrębne finansowanie świadczeń pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnym w poz po godz. 18.
- Zróżnicowanie stawki dla położnych środowiskowo-rodzinnych w oparciu o wskaźniki demograficzne:
 - noworodki i niemowlęta do 2. mies. życia – wskaźnik 1,3,
 - kobiety w wieku 18–40 lat – wskaźnik 1,5,
 - populacja żeńska od 2. mies. do 18. roku życia – wskaźnik 1,0.
- Obniżenie do 5 tys. liczebności populacji żeńskiej przypadającej na jedną położną środowiskowo-rodzinną.

4. Rehabilitacja lecznicza

- W odniesieniu do istotnych warunków dotyczących udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach oddziału stacjonarnego: w przypadku oddziałów rehabilitacji dziecięcej uzyskanie 60 proc. udziału pacjentów po przebytym zabiegu operacyjnym, zaostreniu schorzenia reumatologicznego, urazie narządu ruchu powodującym znaczne upośledzenie funkcji jest niemożliwe, gdyż duża liczba schorzeń u dzieci jest wrodzona lub wynika z wieku rozwojowego, jak np. młodzieńcze zapalenie stawów, DzPM, ciężkie skoliozy itp.
- W odniesieniu do istotnych warunków dotyczących udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń CUN w warunkach oddziału stacjonarnego: w przypadku dzieci uważa się za konieczne obniżenie niezbędnego stopnia w skali Rankina do 4. Dość ciężki stopień inwalidztwa w przypadku dziecka oznacza, że konieczna jest ciągła opieka i pomoc osoby drugiej.
- W odniesieniu do istotnych warunków dotyczących udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach oddziału stacjonarnego: uważa się za konieczne wprowadzenie następujących zmian w przypadku oddziałów dziecięcych:
 - dodanie do katalogu leczonych schorzeń: stanu po zabiegach torakochirurgicznych, nawracającego zapalenia oskrzeli i górnych dróg oddechowych, stanu po zapaleniu płuc, stanu po przebytym RDS.
- W załączniku nr Reh 1 w zakresie wtórnej rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń centralnego układu nerwowego oraz wtórnej rehabilitacji neurologicznej brakuje jednostki choro-

bowej G 80 – dziecięce porażenie mózgowe. Pacjenci z rozpoznaniem dziecięcego porażenia mózgowego, szczególnie po zabiegach operacyjnych, powinni być rozliczani w ramach ww. zakresów, oczywiście gdy spełniają pozostałe warunki. Jest to bardzo ważne, gdyż obecnie tacy pacjenci niejednokrotnie nie są przyjmowani na oddział ze względu na bardzo wysokie koszty leczenia.

5. Lecznictwo szpitalne

Przy wykonaniu dodatkowych świadczeń w ramach pierwszej, głównej usługi medycznej w sprawozdawczości do NFZ należy wykazać tylko 1 świadczenie. Brak możliwości wykazania wszystkich wykonanych świadczeń, a co za tym idzie, uzyskania za nie zapłaty, spowoduje generowanie straty przez jednostki wykonujące te świadczenia. Zafatkuje również rzeczywiste działania szpitala/oddziału.

6. Programy terapeutyczne

Zaniżanie ceny leków oraz brak finansowania bardzo drogich badań diagnostycznych, niezbędnych do prowadzenia leczenia (np. badania ilościowe i oznaczanie genotypu wirusa C zapalenia wątroby).

7. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Kwalifikacja porady do określonego typu po zarejestrowaniu w dokumentacji medycznej dowodu wykonania badania. Tak ujęta kwalifikacja naraża poradnie na straty. Część pacjentów odbiera wyniki i zgłasza się do innych poradni (lekarzy), czasem do gabinetów prywatnych. Nie ma wówczas możliwości odzyskania pieniędzy za wykonane już drogie badania. Próby wstrzymania wydawania wyników do rąk pacjentów i kierowanie ich do poradni, gdzie wyniki mogą być wydawane przy wizycie kontrolnej, budzą duże niezadowolenie chorych.

8. Pracownie diagnostyczne

Kryteria są bardzo rozbudowane, nie do spełnienia przez znaczącą większość szpitali (np. pracownia mikrobiologiczna III typu – posiadanie mikrobiologii molekularnej).

9. Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze

Proponujemy wprowadzenie następujących korekt i uzupełnień:

- Zasady kontraktowania aparatów słuchowych – do zapisu warunków dotyczących wyposażenia punktów protetycznych wkradł się błąd w pkt 1. wyposażenie sprzętowe. Zamiast zapisu audiometr II i III klasy powinno być audiometr II lub III klasy. Ponadto, zgodnie z prawem europejskim, od 1.05.2004 r. nie ma wymogu legalizacji audiometrów, a wymóg ten został błędnie przepisany z poprzednich regulacji.
- Należy również wziąć pod uwagę fakt, że polskie normy klasyfikacji audiometrów nie są dostosowane do wymagań w protetyce słuchu, jak również, że nowelizacja ustawy z 11.05.2001 r. *Prawo o miarach*, wprowadzona art. 87 ustawy z 20.04.2004 r. (o wyrobach medycznych), spowodowała, że od 1.05.2004 r. audiometry tonalne nie podlegają prawnej ocenie metrologicznej, a więc brak podstaw do określania ich klasy. W tej sytuacji najwłaściwszym rozwiązaniem jest określenie pewnych parametrów, które muszą być zachowane.
- Proponujemy następującą zmianę treści załącznika nr 4b:

Audiometr tonalny na przewodnictwo powietrzne i kostne, umożliwiający maskowanie, audiometrię mowy i badanie w wolnym polu.

Ze względu na krótki termin konsultacji, jest to z konieczności opinia uwzględniająca tylko część problemów.

Z poważaniem

wiceprzewodniczący Komitetu Zdrowia
i Zrównoważonego Rozwoju Społecznego KIG
doc. dr hab. Waldemar Skawiński