

Zielona Góra, dn. 16.11.2014r.

Koleżanki ! Koledzy !

Jak co roku jesienią w imieniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zrzeszonych w Federacji rozpoczęliśmy negocjacje dotyczące zasad finansowania i udzielania świadczeń w 2015 roku.

Przystępując do tych negocjacji kierowaliśmy się głównymi zasadami:

1. Każdy podmiot musi mieć odczuwalny wzrost przychodu z kontraktu z NFZ kompensujący brak wzrostu stawki kapitałowej przez ostatnich 6 lat.
2. Każdy podmiot musi mieć odczuwalny wzrost przychodu z kontraktu z NFZ kompensujący zwiększenie zakresu obowiązków z tytułu porad okulistycznych i dermatologicznych.
3. Każdy podmiot musi mieć odczuwalny wzrost przychodu z kontraktu z NFZ kompensujący wzrost odpowiedzialności za wykonywany większy zakres świadczeń.
4. Na realizację pomysłów MZ dotyczących przekierowania znaczącej części badań z AOS i szpitali do POZ, pakietu onkologiczno - kolejkowego muszą być dodatkowe środki, wyraźnie oznakowane i oddzielone od stawki kapitałowej.

Jak już wcześniej informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia przedstawiło następującą propozycję:

- likwidację zwiększonej stawki za ostre choroby układu oddechowego („katarkowe”)
- likwidację wagi 3,0, czyli powrotu finansowania pacjentów z cukrzycą i chorobami układu krążenia do wagi podstawowej wg wieku
- usunięcie z naszych list pacjentów „czerwonych” wg eWUŚ

oraz pozostawienia tych środków w POZ czyli przesunięcia środków pomiędzy podmiotami bez zwiększania środków na POZ

a także

w związku z dodaniem obowiązków (dermatologia i okulistyka oraz onkologia) i rozszerzeniem zakresu badań dodatkowych

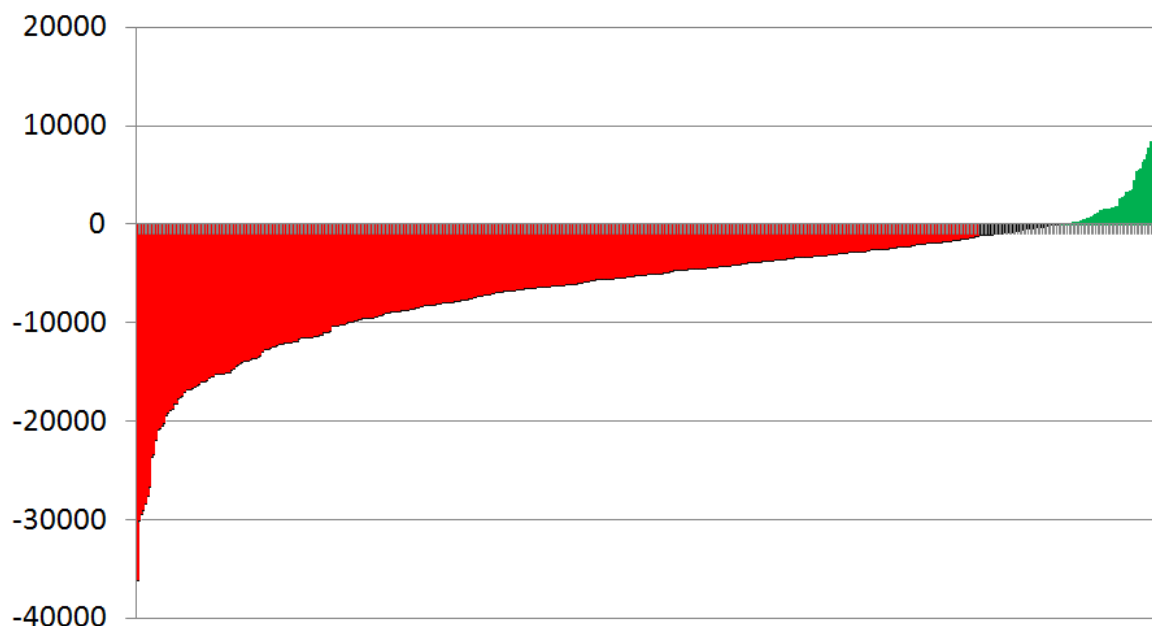
dołożenie do systemu środków w wysokości 716 mln zł

co razem dałoby stawkę **136,22** zł rocznie

Analiza wykazała, że propozycja Ministerstwa nie spełnia założonych przez nas warunków.

Dla dokładnego zbadania propozycji MZ przeprowadzono badanie ankietowe na blisko tysiącu podmiotów zrzeszonych w Federacji, z której wynikało, że około 90 % podmiotów

FPZ traci finansowo na likwidacji wagi 3,0. Środki odebrane większości naszych Członków trafiłyby do podmiotów niezrzeszonych w Federacji.



Wykres 1 - wykres ilustrujący zmianę finansowania POZ w 2015 roku, według propozycji MZ, wielkość straty lub zysku ankietyowanych podmiotów Federacji. Poziom 0 to poziom obecnego finansowania, pod poziomem 0 strata; nad poziomem 0 zysk (prawdopodobny, podmioty u których wykazano możliwość zysku nie przekazały kompletnych danych zwykle np. brak ilości nieuprawnionych, brak pacjentów w wadze 3.0) w 2015 roku.

W związku z rozszerzeniem zakresu badań dodatkowych Federacja przeprowadziła dokładną analizę ich wykonywania w poprzednich latach w POZ, AOS i szpitalach. Wykazaliśmy, że w POZ wykonywane jest zawsze 3 x więcej badań dodatkowych niż w AOS. W związku z tym jeżeli wg danych NFZ kwota przeznaczona na badania w AOS i dodana do koszyka POZ wynosiła 350 mln zł to Federacja powinna zgłosić żądanie 3x350 mln tj. ok. 1 mld zł dodatkowych środków.

Podsumowując, Federacja uważa, że zaproponowane przez MZ środki są zbyt małe i na takie finansowania nie wyraża zgody. W związku z tym, pomimo sygnałów od Ministra Zdrowia, że Związek Wielkopolski jest gotowy przyjąć taką stawkę zespół negocjacyjny PZ odrzucił tę propozycję przedstawiając własną.

Nasza propozycja spełnia założone na wstępie warunki:

Propozycja PZ pierwotna:

Stawka bazowa 9,50 zł z zachowaniem wagi 3,0 czego skutkiem będzie zwiększenie finansowania POZ o 560 mln zł dodatkowych środków!!!

Wydzielenie środków na nowe badania diagnostyczne w POZ jako oddzielnej pozycji na rachunku – czyli jasne określenie ile tych środków zostaje przeznaczonych na nową diagnostykę. Oczekujemy 2 zł za każdego pacjenta zapisanego na listę.

Spełnienie żądań Federacji to konieczność dołożenia do systemu **1 mld 384 mln zł**

W kolejnych turach rozmów MZ zwiększył propozycję finansową do 750 mln zł twierdząc, że więcej środków nie znajdzie.

Zespół Negocjacyjny FPZ zaproponował, aby w takim wypadku zmniejszyć oczekiwania wobec zakresu badań diagnostycznych i wprowadzić limitowanie nowych badań.

W kolejnych rozmowach Ministerstwo dało sygnał, że ma już 800 mln zł i na wniosek Federacji wstępnie przychyliło się do usunięcia echokardiografii z listy badań pozostawiając przy tym w całości środki przeznaczone na echo (pomimo usunięcia z listy badań) w POZ. Ponieważ jest to najbardziej kosztowne dla POZ badanie z nowej listy Federacja dopuszcza możliwość zmniejszenia żądań opłaty za badania diagnostyczne pod warunkiem spełnienia oczekiwań dotyczących wprowadzenia mechanizmów limitujących dostęp do tych badań.

Otrzymywane nieoficjalnie informacje wskazują, że nasza propozycja jest rozważana i akceptowalna przez MZ i NFZ

Niestety, nie po raz pierwszy, część liderów środowiska POZ przyjęła propozycje MZ bezkrytycznie, bez głębokiej analizy tego co one tak naprawdę dla świadczeniodawców POZ oznaczają.

W ten weekend Pani Bożena Janicka rozesłała list (cytat "*Ustalenia miały pozostać nie ujawniane do czasu zamknięcia negocjacji , ale z mojej inicjatywy- ministrowie wskazali na konieczność przekazanie aktualnych ustaleń .*") w otwarty sposób szkalujący Federację. Przedstawiamy zatem stanowisko negocjacyjne Porozumienia Zielonogórskiego, które w odróżnieniu od efektów rozmów PPOZ, w odczuwalny dla każdego świadczeniodawcy poz sposób, zwiększa nakłady na podstawową opiekę zdrowotną

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Jacek Krajewski

Prezes

Federacji Porozumienie Zielonogórskie