

Zmiany w kontraktowaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Informacja prasowa

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Pachciarz podpisała 31 maja br. nowelizację zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna.

Przypomnijmy, że projekt zarządzenia skierowano do konsultacji 8 kwietnia br. Do Centrali Funduszu wpłynęło ponad 200 uwag dotyczących kilku grup tematycznych. W ostatecznym kształcie zarządzenia uwzględniono m.in. zwiększenie w stosowanym podczas konkursu ofert rankingu wagi punktowej w przypadku lekarzy z I stopniem specjalizacji.

Najważniejsze zmiany obowiązujące od 1 października 2013 r. to:

1. Wprowadzenie mechanizmu wyodrębnienia środków finansowych na realizację procedur związanych z transplantacją nerek, obejmujących kwalifikację do przeszczepu oraz monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki. Obecnie procentowy udział osób oczekujących na przeszczepienie w stosunku do liczby osób dializowanych dorównuje krajom zachodnioeuropejskim. Jednak kwalifikację do przeszczepienia nerki w trybie ambulatoryjnym przeprowadzono w ubiegłym roku w całej Polsce tylko u 13 chorych. W wyniku wprowadzonego w zarządzeniu mechanizmu finansowania powinno nastąpić zwiększenie liczby potencjalnych biorców zgłaszanych do ośrodków kwalifikujących do przeszczepu nerki w oparciu o diagnostykę wykonywaną w trybie ambulatoryjnym. Oczekuje się także poprawy opieki ambulatoryjnej nad pacjentami z ciężką niewydolnością nerek, którzy zostali zakwalifikowani do przeszczepu. Zmiana polega na wydzieleniu kwoty, w ramach umowy obejmującej poradnie nefrologiczne, na kwalifikację do przeszczepu. Wycena tej procedury w wysokości 130 pkt (co daje w każdym województwie kwotę co najmniej 1 tys. zł.) obejmuje także konsultacje u innych specjalistów oraz badania wymagane przed zakwalifikowaniem chorego do przeszczepu.
2. Istotne podwyższenie wyceny wybranych grup procedur, w których wykonywane są świadczenia urologiczne. W oparciu o analizę dynamiki realizacji procedur wykonywanych w ramach grup zabiegowych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a możliwych do wykonania również w lecznictwie szpitalnym, dokonano podwyższenia wyceny cystoskopii z 15 na 20 pkt, oraz biopsji stercza, wykonywanej w ramach AOS z 30 na 70 pkt. Zmiana ta wynika ze szczegółowej analizy, uwag świadczeniodawców oraz weryfikacji wyceny na podstawie metody kosztowej.

Jest to kontynuacja zmian zapoczątkowanych w styczniu 2013 r., która już przyniosła pierwsze pozytywne efekty. Porównując liczbę tych badań wykonanych ambulatoryjnie w I kwartale bieżącego roku z analogicznym okresem 2012 r. odnotowano prawie dwukrotny wzrost wykonanych cystoskopii oraz istotny wzrost biopsji stercza. Zwraca przy tym uwagę, że 61% wszystkich wykonanych cystoskopii w tym czasie zrealizowana była u mężczyzn. Jednocześnie w omawianym przedziale czasowym zmniejszyła się liczba tych badań zrealizowanych w lecznictwie szpitalnym.

Strukturę realizacji przedmiotowych procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) oraz w lecznictwie szpitalnym (SZP) przedstawiają zestawienia tabelaryczne:

Tab. 1. Realizacja wybranych procedur urologicznych w okresie styczeń-marzec w latach 2012-2013

ICD-9	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		Leczenie szpitalne	
	I-III 2012	I-III 2013	I-III 2012	I-III 2013
57.32 Cystoskopia przezcewkowa	2176	4250	12720	9320
60.111 Biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa	372	1065	7532	7297

Tab. 2. Realizacja cystoskopii przezcewkowej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2012 roku w podziale na płeć

ICD-9	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		
	kobiety	mężczyźni	ogółem
57.32 Cystoskopia przezcewkowa	3397 (39%)	5212 (61%)	8609

Najważniejsze zmiany obowiązujące od stycznia 2014 r. to:

1. Wydzielenie w określonych zakresach świadczeń środków finansowych na realizację procedur zabiegowych w celu zwiększenia liczby wykonywanych procedur zabiegowych możliwych do przeprowadzenia w trybie ambulatoryjnym.
2. Zwiększenie w rankingu stosowanym podczas konkursu ofert wagi punktowej w przypadku lekarzy z I stopniem specjalizacji, uprawnionych do samodzielnego realizowania świadczeń w poradni specjalistycznej. Dotyczy to tych lekarzy z I stopniem specjalizacji, którzy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są uprawnieni do samodzielnego realizowania świadczeń w poradni specjalistycznej (dermatologia i wenerologia, neurologia, gruźlica i choroby płuc, gruźlica i choroby płuc dla dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, położnictwo i ginekologia, chirurgia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, okulistyka, okulistyka dla dzieci, otolaryngologia, otolaryngologia dziecięca).

rzecznik prasowy Andrzej Troszyński