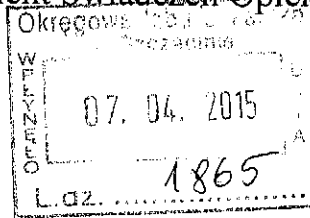


Znak: DSOZ.401. 845 .2015

W. 10134 .PB



Warszawa, dnia 03.03.2015 r.

**Pani****Magda Wiśniewska****Prezes****Okręgowej Rady Lekarskiej**

W odpowiedzi na pismo znak: OII-SZ/S/AN/51/26/2015 proszę o przyjęcie następujących informacji.

W roku 2015, w celu zachęcenia świadczeniodawców do szybkiego przeprowadzania procesu diagnostycznego u pacjentów pierwszorazowych, kierowanych do poradni specjalistycznych z przyczyn poza onkologicznych, wprowadzony został w dziedzinach zachowawczych, wskazanych w zał. nr 1 do zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ, zakres skojarzony do rozliczania świadczeń dla tej grupy chorych. Wprowadzono jednocześnie wskaźnik 1,1 premiujący szybką diagnostykę - 42 dni od porady początkowej, przy spełnieniu pozostałych warunków, o których mowa w przedmiotowym zarządzeniu.

Z informacji uzyskanych od Dyrektora Zachodniopomorskiego OW NFZ wynika, że przed przystąpieniem do wydzielania kwot Oddział przeprowadził analizy za okres styczeń-sierpień 2014 i lata poprzednie, dotyczące przyjęć pacjentów pierwszorazowych. Na podstawie danych przekazywanych przez świadczeniodawców określono wartość świadczeń udzielonych pacjentom pierwszorazowym w poszczególnych zakresach. Przedział ten kształtował się pomiędzy 10 a 80 procent, dlatego też z uwagi na tak szeroki przedział procentowy przyjęto zasadę najczęściej występującego udziału procentowego pacjentów pierwszorazowych, którzy w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystali ze świadczeń w danym zakresie u danego świadczeniodawcy. W zakresie neurologii wydzielono 50% ilości kontraktu dla zakresu skojarzonego dedykowanego pacjentom pierwszorazowym. Przeprowadzona przez Zachodniopomorski Oddział Funduszu analiza wykazała, że spośród 60 świadczeniodawców

posiadających umowę w tym zakresie, 32 (tj. więcej niż połowa) realizowało świadczenia na rzecz pacjentów pierwszorazowych na poziomie powyżej 50%. Należy też podkreślić, że w poprzednich latach plan zakupu świadczeń nie był realizowany w 100%, a pomimo to świadczeniodawcy nie udzielali świadczeń na bieżąco, lecz umieszczali pacjentów na listach oczekujących. Z analizy można było też wysnuć wniosek, iż nie zawsze liczba udzielonych porad z tym samym rozpoznaniem wynikała ze względów medycznych. Wydzielenie 50% ilości z kontraktu na rzecz pacjentów pierwszorazowych miało wpływ na zmniejszenie liczby oczekujących np. w styczniu było 4061 osób oczekujących ze średnim czasem oczekiwania 24 dni, w lutym 3783 osoby oczekujące, średni czas oczekiwania 20 dni.

Oddział systematycznie monitoruje realizację świadczeń zarówno w pakiecie podstawowym jak i pakietach skojarzonych i będzie podejmował stosowne decyzje w celu poprawy dostępności do świadczeń. Także jednym z zadań Centrali NFZ będzie monitorowanie realizacji przedmiotowego zakresu w dłuższym przedziale czasowym, tak aby ocena wyników była prawidłowa.

Zgodnie z ww. zarządzeniem, pacjent pierwszorazowy, to „świadczeniobiorca, który w ciągu poprzedzających 730 dni nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w kolumnie 3 załącznika nr 1a do zarządzenia i otrzymuje świadczenie w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy”. Przyjęty umowny okres dwóch lat kalendarzowych od poprzedniej porady specjalistycznej w danym zakresie, uprawnia do rozliczenia wg wyższej wyceny zrealizowanego świadczenia. Świadczeniodawca, w celu potwierdzenia spełnienia tego warunku zobowiązany jest skorzystać z dostępnych dla siebie narzędzi. Podstawowym jest weryfikacja przez świadczeniodawcę, **czy pacjent nie leczył się u niego w ramach tego samego zakresu świadczeń**, we wskazanym wyżej przedziale czasu. Jedną z dodatkowych form weryfikacji może być także zapytanie skierowane do świadczeniobiorcy, chociaż nie musi mieć ono kształtu formalnego oświadczenia.

Zastępca Dyrektora  
Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
Narodowego Funduszu Zdrowia

