Siedlce, dn. 29.09.2025

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa

W odniesieniu do:
Projektu zarządzenia - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna *z dn. 23-09-2025*
(art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn.zm.) oraz § 2 ust. 3 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023, poz. 1194 z późn. zm.).

Zarząd Centrum Medyczno-Diagnostycznego Sp. z.o.o. przesyła następujące uwagi:

1. Rezygnacja z nielogicznego rozwiązania dotyczącego mediany oraz wprowadzenie szerszych zmian jako spójnych rozwiązań w Zarządzeniu ogólnym odnoszącym się do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

2. Wyjaśnienie niespójności w zakresie zapisu pomiędzy projektem zarządzenia a uzasadnieniem w zakresie zapisu. Rozbieżność w zakresie użycia słowa ”oraz” w projekcie zarządzenia, które rozumie się jako „i” natomiast z uzasadnienia wynika, iż jest to „lub”. Poniżej zacytowano brzmienie powyżej wymienionych dokumentów w adekwatnych zakresach:

   Zarządzenie:

   1) w § 12:

      a) ust. 32 otrzymuje brzmienie:

„32. Przy rozliczaniu świadczeń w zakresach: chorób metabolicznych, alergologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hepatologii, geriatrii, hematologii, immunologii, kardiologii, leczenia chorób naczyń, nefrologii, dermatologii i wenerologii, genetyki, neurologii, leczenia bólu, gruźlicy i chorób płuc, reumatologii, chorób zakaźnych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenia osteoporozy, audiologii i foniatrii oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, w przypadku gdy w danym kwartale:

1) udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych jest niższy od poziomu mediany ogólnopolskiej rocznej sumy świadczeń pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych **oraz**

2) wzrost udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych w stosunku do wartości tego udziału w analogicznym kwartale poprzedzającego roku kalendarzowego jest niższy niż 3 punkty procentowe

– wartość świadczeń udzielonych w okresie trzech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu od zakończenia danego kwartału, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 0,75;

Uzasadnienie:

Akapit 5:

„Każdy z tych świadczeniodawców zobowiązany będzie do podniesienia poziomu udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń **lub** do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę. „

3. **Obniżenie zapłaty za świadczenia o współczynnik 0,75 w okresie kolejnych trzech miesięcy po zakończeniu kwartału kalendarzowego jest niekorzystne dla świadczeniodawcy.** Rozliczenie w ten sposób obejmuje bowiem również świadczenia zwiększone w przyszłości, co dodatkowo potęguje wartość obniżki. W konsekwencji świadczeniodawca, który w kwartale objętym zastosowaniem współczynnika 0,75 podejmie działania prowadzące do osiągnięcia wymaganych wskaźników, zostaje de facto „ukarany". Z tego względu zasadne jest, aby rozliczenie odnosiło się wyłącznie do danego kwartału."
4. **Należy określić docelowy, stały poziom pacjentów pierwszorazowych dla danej poradni oraz wskazać moment odcięcia**, po którego przekroczeniu stosowanie mediany staje się nieadekwatne (np. 25% w poradni endokrynologicznej). Po osiągnięciu tego progu świadczeniodawca powinien dążyć do utrzymania wskaźnika na ustalonym poziomie, zamiast jego corocznego zwiększania. Brak takiego rozwiązania stwarza ryzyko wzajemnego „nakręcania się" wskaźników, które w skrajnym przypadku mogłoby prowadzić nawet do sytuacji, w której 100% pacjentów stanowią osoby przyjmowane po raz pierwszy. Zwiększenie liczby wizyt pierwszorazowych podnosi liczbę pacjentów w poradni, a każdy pacjent generuje kolejne wizyty. Wzrost liczby przyjęć jest ograniczony przez liczbę lekarzy i czas pracy poradni, dlatego ciągły wzrost mediany w długim okresie nie jest możliwy.
5. **Należy wyłączyć z obliczania mediany nowe zakresy świadczeń u świadczeniodawców, którzy w danym roku rozpoczęli ich realizację.** Otwarcie nowej poradni wiąże się bowiem początkowo z 100% udziałem wizyt pierwszorazowych, który dopiero z czasem ulega stopniowemu spadkowi. Taka sytuacja może prowadzić do zafałszowania rzeczywistej wartości mediany.
6. **Zdaniem świadczeniodawcy faktycznymi wizytami pierwszorazowymi są usługi typu WP1 i WP3**. Wynika to z faktu, że lekarz nie zawsze ma możliwość postawienia diagnozy już podczas pierwszej wizyty i zaksięgowania jej jako W4.. – często zleca dodatkowe badania, a rozliczenie wizyty W4.. następuje dopiero przy kolejnej konsultacji. Dodatkowo pacjent nie zawsze zgłasza się na wizytę W4.., mimo że odbył wizytę WP1. Z tego względu włączenie WP1 do licznika wizyt pierwszorazowych należy

uznać za rozwiązanie bardziej adekwatne. WP1 jest faktycznie pierwszorazowym świadczeniem w poradni dla pacjenta, na tej wizycie przeprowadza się wywiad, wykonuję się z badanie fizykalne, a czas poświęcony na jej realizację jest mierzalny i wielokrotnie dłuższy niżeli W4..- nie są jednak one liczone jako wizyty pierwszorazowe.

7. **Rozważenie wyłączenia z mianownika usług kontrolnych zrealizowanych w konkretnych schorzeniach**, u których częste kontrole są przeciwdziałaniem destabilizacji stanu zdrowia z uwagi na charakter danej choroby, np. pacjenci z ciężką niewydolnością serca lub pacjenci po przeszczepach serca. Częste kontrole stanu zdrowia u tych pacjentów są realizacją standardów/ wytycznych klinicznych.
8. **Brak rozwiązań dla pozostałych poradni specjalistycznych nie wymienionych w Zarządzeniu np. ginekologia, onkologia, urologia itd.**

Dodatkowo:

- w związku z realizacją Opieki Koordynowanej w POZ i możliwością prowadzenia pacjentów przewlekle chorych stabilnych w 5 grupach dziedzinowych (kardiologia, alergologia i pulmonologia, diabetologia, endokrynologia oraz nefrologia) ze wsparciem konsultacyjnym specjalisty, zasadnym byłoby wprowadzenia gratyfikacji dla lekarzy AOS odsyłających pacjentów stabilnych do POZ, co dałoby przestrzeń do zwiększenia slotów dla pacjentów 1x.
- należałoby przeanalizować współpracę pomiędzy lekarzami POZ a lekarzami specjalistami w ramach wdrożonej Opieki Koordynowanej (OK). Ilu pacjentów korzysta z konsultacji specjalistycznych w ramach OK, przez co nie wymaga wizyt w ramach AOS, i czy taki udział jest właściwy i oczekiwany.
- pozyskanie średniej mediany w Polsce może spowodować uzyskanie trudnej do osiągnięcia jednej składowej wyliczenia ze względu na bardzo zróżnicowany dostęp do świadczeń pierwszorazowych. Wpływ na to ma przede wszystkim specyfika danych poradni oraz rejon jej działania np. poradnia działająca na terenie miasta Warszawy w porównaniu do poradni w mniejszej miejscowości lub innej populacji na danym terenie. Do prawidłowego oszacowania adekwatnej liczby pacjentów 1x w

danej poradni należałby uwzględnić korektory składające się m.in. wieku pacjentów danej poradni -ze względu, iż populacja pod opieką starzeję się wraz z długością istnienia poradni.

Pozostałe istotne z punktu widzenia świadczeniodawcy uwagi dotyczące Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej:

1. **Istotną kwestią do rozważenia jest rozdzielenie wyceny świadczeń na diagnostykę i konsultacje lekarskie** (tak jak w Opiece koordynowanej w POZ). Taki sposób rozliczenia świadczeń umożliwiłby zmniejszenie ilości zbędnej/nadmiernej diagnostyki i namnażania wizyt w celu prawidłowego rozliczenia zleconych badań. Innym rozwiązaniem może być wprowadzanie pakietów diagnostycznych tak jak np. w endokrynologii (PS1) w kolejnych poradniach np.: w kardiologii, diabetologii, pulmonologii, alergologii, dermatologii, gastrologii, itd. Istotne, aby taki pakiet był zakończony konkluzją czy pacjent wymaga leczenia w poradni specjalistycznej czy może wystarczy opieka w ramach POZ. Takie rozwiązanie wpłynęłoby na istotną statystycznie redukcję kosztów diagnostyki, oraz pokazałoby prawdziwe zapotrzebowanie na diagnostykę u pacjentów. Dodatkowo, przez obecnie realizowany sposób rozliczenia usług nie jest możliwe prawidłowe wnioskowanie dotyczące poziomu realizacji diagnostyki na danego pacjenta w danej poradni (dla określonego rozpoznania lub na określoną grupę rozpoznań).
2. Warto rozważyć zwiększenie dostępności dla pacjentów pierwszorazowych w poradniach poprzez **sformalizowanie i rozszerzenie uprawnień pielęgniarek** do prowadzenia opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, stabilnymi, w ramach AOS, pod nadzorem lekarza. Takie rozwiązanie pozwoliłoby uwolnić czas lekarzy specjalistów na wizyty pacjentów pierwszorazowych oraz pacjentów mniej stabilnych lub ciężej chorych.
3. **W celu przyspieszenia postawienia diagnozy u pacjentów pierwszorazowych warto rozważyć wprowadzenie triage'u prowadzonego przez personel pielęgniarski** z możliwością zlecenia pakietu badań, adekwatnie dopasowanego do

wstępnego rozpoznania. Obecnie pacjent na pierwszej wizycie otrzymuje zlecenia na badania, co wydłuża proces diagnostyczny. Gdyby pacjent trafiał na wizytę z kompletem lub prawie kompletem badań, lekarz mógłby jedynie uzupełnić diagnostykę w razie potrzeby. W związku z tym warto rozważyć rozszerzenie uprawnień pielęgniarek do zlecania podstawowych badań diagnostycznych."

4. Obecnie **nie wszystkie poradnie umożliwiają realizację wizyt przez pielęgniarki**, potrzebna jest ponowna analiza poradni i zakresu udzielania w nich świadczeń pielęgniarskich, ewentualne rozszerzenie. Obecnie wycena wizyty PPW2 jest niższa niż sam koszt badań składających się na jej realizację. Takie rozwiązanie umożliwiłoby kontynuację leczenia przez wyspecjalizowane pielęgniarki na podstawie planu leczenia przygotowanego przez lekarza specjalistę 9tak jak np. w poradni ginekologiczno-położniczej).

Z poważaniem