



LEWIATAN

Ponadto Konfederacja Lewiatan zgłasza szczegółowe zastrzeżenia ujęte w tabelach, zgodnie z sugestią wyrażoną w piśmie z dnia 6 maja 2016 r.

member of **BUSINESSEUROPE**



Konfederacja Lewiatan  
ul. Zbyszka Cybulskiego 3  
00-727 Warszawa

tel. (+48) 22 55 99 900  
fax (+48) 22 55 99 910  
lewiatan@konfederacjalewiatan.pl  
[www.konfederacjalewiatan.pl](http://www.konfederacjalewiatan.pl)

NIP 5262353400  
KRS 0000053779  
Sąd Rejonowy dla  
m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy KRS



Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego dotyczy	Uwaga	Uzasadnienie uwagi	Propozycje rozwiązań
1.	Konfederacja Lewiatan	§ 2 pkt 3 projektu	Może być sytuacja, że w powiecie i sąsiednich powiatach nie ma możliwości zawarcia umowy.	Przepis może spowodować niemożność zapewnienia świadczeń w danym zakresie dla obszaru kontraktowego i pacjenci będą musieli korzystać ze świadczeń daleko od miejsca zamieszkania, a nie wszyscy przecież mają wykonywane badania w ramach podwykonawcy.	Przywrócić poprzednią definicję dostępu
2.		§ 6 pkt 5 projektu	Zakresy świadczeń są wąskie (węższe od rodzajów świadczeń).	Certyfikaty wydawane są najczęściej dla rodzajów świadczeń, a zakresy są ujawniane w Księgach Jakości. Rodzaje świadczeń są objęte wspólnymi przepisami ogólnymi. Wydawanie certyfikatów dla zakresów świadczeń spowoduje często bardzo obszerną treść certyfikatu.	Zmienić zapis na: „zakresów/ rodzajów świadczeń”
3.		Wszystkie załączniki	Wszystkie załączniki projektu wprowadzają punkty za prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, przy czym	Przepis nie wpływa na jakość świadczeń zdrowotnych, trwają bowiem dopiero prace nad uruchomieniem Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.	Do usunięcia.

			<p>w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.</p>	<p>Na ten moment duża część szczególnie małych gabinetów wstrzymała się z zakupem oprogramowania w związku z oczekiwaniem na ostateczny kształt wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, aby wybrać najbardziej optymalny system do obsługi gabinetów lekarskich. Oczekiwanie również dotyczy zmian przepisów o możliwości prowadzenia, archiwizacji dokumentacji medycznej poza miejscem udzielania świadczeń np. w chmurze obliczeniowej. Zapis rankingujący nie wpłynie w żaden sposób na jakość udzielania świadczeń.</p>	
4.			<p>Kryteria dotyczące wyników kontroli i innych nieprawidłowości – przy ocenianiu warunków ujemnych nie zostały w większości podpunktów wprowadzone okresy kontroli</p>	<p>Z uwagi na brak określenia przedziału czasowego obawiamy się, że przepis ten będzie różnie stosowany w województwach.</p>	<p>Wprowadzenie maksymalnie 3-letniego okresu poprzedzającego termin ogłoszenia konkursu podlegającego ocenie pod względem wyników kontroli.</p>

Załącznik nr 5 – rehabilitacja lecznicza					
5.		<p>Tabela nr 1, pkt 1 – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p>	<p>Nadmierne wymogi w zakresie personelu lekarskiego prowadzą do nieefektywnego wykorzystania potencjału kadrowego i generują nieuzasadnione koszty, jednocześnie pogarszając dostępność w innych rodzajach i zakresach świadczeń</p>	<p>Liczba punktów przyznawanych za personel lekarski promuje wyłącznie duże jednostki, podczas gdy wymiar zatrudnienia lekarza specjalisty jest uzależniony od wysokości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W sytuacji małych kontraktów zatrudnianie lekarza na pełny etat jest nieekonomiczne oraz stanowi nieefektywne wykorzystanie personelu ze specjalistyczną wiedzą.</p> <p>Dużo lepszym rozwiązaniem byłoby promowanie jednostek, które zapewniają realizację pełnego kontraktu siłami specjalistów- bez względu na to, jaka to część etatu.</p> <p>Zaproponowane kryteria odnoszące się do liczby etatów oraz kwalifikacji personelu lekarskiego są nieadekwatne w porównaniu z rzeczywistym zapotrzebowaniem. Premiowanie świadczeniodawców zapewniających ponadnormatywną obsadę lekarską</p>	<p>Rekomendujemy realizacja 100% kontraktu przez specjalistę- max ilość punktów, 50% kontraktu przez specjalistę- 50% punktów,</p>

				<p>będzie prowadzić do pogłębienia niedoborów kadrowych w innych rodzajach i zakresach świadczeń, co przełoży się na ograniczenie dostępności do świadczeń oraz wpłynie na poziom bezpieczeństwa pacjentów.</p> <p>Wprowadzenie wymogów nieadekwatnych do potrzeb będzie generować również niepotrzebne koszty wynagrodzeń dodatkowego personelu.</p>	
6.		<p>Tabela nr 1, pkt 1 – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p>	<p>brak realizacji świadczeń przez ortopedę</p>	<p>prawie połowa pacjentów korzystających z porad to pacjenci ortopedyczni, pacjenci po urazach, operacjach stawów i kręgosłupa – ortopeda jest tu potrzebny</p>	<p>Wprowadzenie ortopedy jako kryterium dodatkowego</p>
7.		<p>Tabela nr 1, pkt 1 – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p>	<p>oceniany tym kryterium wymiar etatu specjalisty rehabilitacji powinien być dostosowany do populacji obsługiwanych miesięcznie pacjentów</p>	<p>- zapobiegnie to sytuacjom, gdy świadczeniodawca musi zatrudnić lekarza na cały etat a potem podpisuje kontrakt na niewspółmiernie niską liczbę porad</p> <p>- zmniejszy ilość tzw. „martwych etatów” kiedy to lekarz wyłącznie figuruje w systemie a nie udziela porad</p>	<p>Pozostawienie wymaganego wymiaru etatu na dotychczasowym poziomie czyli ¼ etatu</p>

8.		Tabela nr 1, pkt 1 – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna Kryterium: Kompleksowość	Zapis zupełnie nie odnosi się do sensu rozumienia pojęcia „kompleksowości”, która oznacza możliwość realizacji świadczenia opieki zdrowotnej w danym zakresie, co zupełnie nie oznacza brak możliwości posiadania podwykonawców. Ponadto propozycja nie uwzględnia możliwości wspólnego ubiegania się o umowę, zgodnie z brzmieniem art. 132a ustawy.	W naszej ocenie w ramach kompleksowości powinno się badać potencjał podmiotu do udzielania kompleksowych świadczeń albo w ramach własnych placówek, albo posiadać umowy na podwykonawstwo. Czy posiadanie przez podmiot leczniczy umów wyłącznie na transport medyczny lub badania laboratoryjne spełnia to kryterium czy też nie?	Usunięcie albo modyfikacja w kierunku umożliwienia działania różnych podmiotów razem, co zapewni pacjentowi dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej.
9.		Tabela nr 1, pkt 2 – fizjoterapia ambulatoryjna Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Usunięcie kryterium 1.1 w zakresie obowiązku posiadania 5-letniego doświadczenia	Większość kadry, zwłaszcza w szpitalach stanowią technicy fizjoterapii, którzy niechętnie podnoszą kwalifikacje, - kadra magisterska z 5-letnim stażem będzie zasilać placówki dopiero za około 5-8 lat, jest to za wcześnie na wprowadzanie takiego wymogu, - magistrzy z 5-letnim stażem pracują obecnie głównie w swoich gabinetach prywatnych	1.1. Magister fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu.

10.		Tabela nr 1, pkt 2 – fizjoterapia ambulatoryjna Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia	2.5: posiadanie basenu	- brak placówek z basenem - niewspółmierny do przychodów wysoki koszt inwestycji Przyznawanie dodatkowych punktów za zapewnienia sprzętu oraz infrastruktury, których posiadanie nie ma bezpośredniego przełożenia na jakość udzielanych świadczeń, będzie stymulować nieuzasadnione inwestycje	Rezygnacja z kryteriów premiujących nieuzasadnione inwestycje
11.		Tabela nr 1, pkt 2 – fizjoterapia ambulatoryjna Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia	2.6 Kriokomora – w lokalizacji.	Wprowadzenie również kriosauny, z której skorzysta więcej osób bo jest mniej przeciwwskazań a czynnik chłodzący i uzyskiwana niska temperatura jest taki sam (ciekły azot, temp -140 °C)	2.6 Kriokomora lub kriosauna – w lokalizacji.
12.		Tabela nr 1, pkt 2 – fizjoterapia ambulatoryjna Kryterium: Kompleksowość Oceniany warunek: 1.1	Zapis zupełnie nie odnosi się do sensu rozumienia pojęcia „kompleksowości”, która oznacza możliwość realizacji świadczenia opieki zdrowotnej w danym zakresie, co zupełnie nie oznacza brak możliwości posiadania podwykonawców. Ponadto propozycja nie uwzględnia	W naszej ocenie w ramach kompleksowości powinno się badać potencjał podmiotu do udzielania kompleksowych świadczeń albo w ramach własnych placówek, albo posiadać umowy na podwykonawstwo. Czy posiadanie przez podmiot leczniczy umów wyłącznie na transport medyczny	Usunięcie albo modyfikacja w kierunku umożliwienia działania różnych podmiotów razem, co zapewni pacjentowi dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej.

			możliwości wspólnego ubiegania się o umowę, zgodnie z brzmieniem art. 132a ustawy.	lub badania laboratoryjne spełnia to kryterium czy też nie?	
13.		Tabela nr 1, pkt 2 – fizjoterapia ambulatoryjna Kryterium: Kompleksowość Oceniany warunek: 1.2	1.2 Zakontraktowanie łącznie oddziału dziennego i stacjonarnej rehabilitacji	Niewielka liczba placówek zarówno publicznych jak i niepublicznych kontraktuje łącznie obydwa zakresy	Przydzielenie odrębnych punktów za realizację umowy w oddziale dziennym i oddziale stacjonarnym
14.		Tabela nr 1, pkt 2 – fizjoterapia ambulatoryjna Kryterium: Dostępność	Nieuzasadnione punktowanie za czas pracy zakładu, który jest zależny możliwości realizacji świadczeń w ramach publicznego finansowania	Godziny dostępności zakładu są podyktowane jedynie wysokością kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w sytuacji małego kontraktu 10 godzin przez 5 dni w tygodniu jest nieuzasadnionym wymiarem dostępności. Trudno w związku z powyższym deklarować określoną liczbę godzin pracy zakładu bez odniesienia się do realnej możliwości realizacji świadczeń. Wydłużanie czasu pracy zakładu jest bez jednoczesowej finansowej możliwości realizacji świadczeń nieuzasadnione ekonomicznie.	W związku z tym ten punkt powinien zostać wykreślony, lub urealniony.



15.		Tabela nr 1, pkt 3 – fizjoterapia domowa Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Brak realizacji konsultacji przez ortopedę lub reumatologa	Pacjentów w fizjoterapii domowej cechuje wielochorobowość i dlatego nie należy ograniczać dostępu do konsultacji innych specjalistów	Konsultacje przez specjalistę rehabilitacji, reumatologa lub ortopedę
16.		Tabela nr 1, pkt 3 – fizjoterapia domowa Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura medyczna/ pomieszczenia	Brak urządzeń do fizykoterapii: pola magnetycznego, elektroterapii, lasera, ultradźwięków	Obecność urządzeń do fizykoterapii jest kluczowa! Zabiegi masażu, terapii manualnej wykonywane są często w łóżku pacjenta, ponieważ pacjentów po rozległych uszkodzeniach neurologicznych, pacjentów apalicznych fizjoterapeuta nie jest w stanie samodzielnie ułożyć na stole do terapii.	Usunięcie punktów za stół i wprowadzenie punktów za aparaturę do fizykoterapii
17.		Tabela nr 1, pkt 3 – fizjoterapia domowa Kryterium: Kompleksowość Oceniany warunek: 1.1	Zapis zupełnie nie odnosi się do sensu rozumienia pojęcia „kompleksowości”, która oznacza możliwość realizacji świadczenia opieki zdrowotnej w danym zakresie, co zupełnie nie oznacza brak możliwości posiadania podwykonawców. Ponadto propozycja nie uwzględnia możliwości wspólnego ubiegania się o umowę, zgodnie z brzmieniem art. 132a ustawy.	W naszej ocenie w ramach kompleksowości powinno się badać potencjał podmiotu do udzielania kompleksowych świadczeń albo w ramach własnych placówek, albo posiadać umowy na podwykonawstwo. W kontekście projektowanych zmian w opiece nad pacjentami ze schorzeniami stawów biodrowych szeroki dostęp do rehabilitacji domowej będzie jednym z kluczowych czynników sukcesu zaproponowanego modelu. Wyłączenie	Usunięcie albo modyfikacja w kierunku umożliwienia działania różnych podmiotów razem, co zapewni pacjentowi dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej.



LEWIATAN

				<p>poprzez stosowanie omawianych kryteriów części podmiotów realizujących rehabilitacji niekorzystnie wpłynie na dostęp i możliwość uzyskania świadczeń rehabilitacji domowej.</p> <p>Zaprojektowane w taki sposób kryteria oceny ofert służyć będą nieuzasadnionemu faworyzowaniu dużych podmiotów. Przyczyni się to do ograniczenia dostępności do świadczeń dla mieszkańców mniejszych miast, stanowiąc zagrożenie dla szpitali powiatowych oraz małych jednostek realizujących świadczenia o wysokim poziomie jakości i bezpieczeństwa.</p> <p>Proponowane kryteria stanowią środek niewspółmierny do zakładanego celu, dyskryminując mniejsze podmioty, które z obiektywnych przyczyn nie mogą zagwarantować posiadania kompleksowej oferty rehabilitacyjnej.</p> <p>Kryteria naruszają zatem zasadę równego traktowania świadczeniodawców.</p>	
--	--	--	--	--	--



18.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: Personel</p> <p>Oceniany warunek: 1.1</p>	<p>Nadmierne wymogi w zakresie personelu lekarskiego prowadzą do nieefektywnego wykorzystania potencjału kadrowego i generują nieuzasadnione koszty, jednocześnie pogarszając dostępność w innych rodzajach i zakresach świadczeń</p>	<p>Zaproponowane kryteria odnoszące się do liczby etatów oraz kwalifikacji personelu lekarskiego są nieadekwatne w porównaniu z rzeczywistym zapotrzebowaniem. Premiowanie świadczeniodawców zapewniających ponadnormatywną obsadę lekarską będzie prowadzić do pogłębienia niedoborów kadrowych w innych rodzajach i zakresach świadczeń, co przełoży się na ograniczenie dostępności do świadczeń oraz wpłynie na poziom bezpieczeństwa pacjentów. Wprowadzenie wymogów nieadekwatnych do potrzeb będzie generować również niepotrzebne koszty wynagrodzeń dodatkowego personelu.</p>	<p>Weryfikacja i dostosowanie kryteriów do realnych potrzeb oraz możliwości wynikających z ograniczonych zasobów kadrowych</p>
19.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: Personel</p>	<p>Psycholog i terapeuta zajęciowy w czasie zatrudnienia ¼ etatu- to jest zbyt mała zakres godzin do kompleksowej realizacji niezbędnych świadczeń</p>	<p>Kryterium wymiaru czasu wymienionych specjalistów powinno zostać odniesione do liczby rehabilitowanych pacjentów. Przy zatrudnieniu w tak małym wymiarze godzin istnieje ryzyko, że dana osoba będzie zatrudniana w kilku miejscach na część etatu, co w żaden sposób nie</p>	<p>Odniesienie wymiaru etatu do liczby pacjentów</p>

				<p>przełoży się na jakość opieki nad pacjentem, a spowoduje jedynie możliwość uzyskania dodatkowych punktów przez kilka placówek.</p> <p>Rozdzielenie etatów obniży zaangażowanie i motywację personelu co przełoży się na obniżenie jakości świadczonych usług</p>	
20.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: Personel - fizjoterapeuta</p>	<p>Doświadczenie w usprawnianie dzieci z zaburzeniami rozwojowymi w przypadku realizacji świadczeń dla dorosłych nie znajduje uzasadnienia</p>	<p>Kryterium to powinno odnosić się wyłącznie do ośrodków i oddziałów realizujących świadczenia rehabilitacyjnej na rzecz dzieci. W przeważającej większości ośrodki/oddziały te są rozdzielne. W związku z powyższym trudno uzasadnić takie kryterium przy wykonywaniu świadczeń na rzecz populacji dorosłej.</p>	<p>Wyłączenie kryterium dla rehabilitacji osób dorosłych</p>
21.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym</p> <p>Kryterium: Jakość</p>	<p>Specjalista w dziedzinie fizjoterapii w wymiarze ¼ etatu zbyt niska waga punktowa</p>	<p>Kryterium wymiaru czasu specjalisty w dziedzinie fizjoterapii powinno zostać odniesione do liczby rehabilitowanych pacjentów. Przy zatrudnieniu w tak małym wymiarze godzin istnieje ryzyko, że dana osoba będzie zatrudniana w kilku miejscach na część etatu, co w żaden</p>	<p>Odniesienie wymiaru etatu do liczby pacjentów wzrost wagi punktowej</p>

		Kategoria: Personel – specjalista w dziedzinie fizjoterapii		sposób nie przełoży się na jakość opieki nad pacjentem, a spowoduje jedynie możliwość uzyskania dodatkowych punktów przez kilka placówek. Rozdzielenie etatów obniży zaangażowanie i motywację personelu co przełoży się na obniżenie jakości świadczonych usług. Dodatkowym aspektem jest fakt tak niskiej oceny punktowej za wykonywanie świadczeń przez tegoż specjalistę- 2 punkty to stanowczo zbyt mało.	
22.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: Sprzęt	Przyznawanie dodatkowych punktów za zapewnienia sprzętu oraz infrastruktury, których posiadanie nie ma bezpośredniego przełożenia na jakość udzielanych świadczeń, będzie stymulować nieuzasadnione inwestycje	W projekcie zakłada się premiowanie oferentów posiadających dodatkowy sprzęt i infrastrukturę, które jednak nie mają wpływu na zwiększenie jakości, bezpieczeństwa czy dostępności do świadczeń. Nieuzasadnione zakupy sprzętu wynikające jedynie z potrzeby uzyskania lepszej pozycji w rankingu prowadzić będą do marnowania i tak już ograniczonych zasobów, które mogłyby być przeznaczone na inne cele.	Rezygnacja z kryteriów premiujących nieuzasadnione inwestycje



LEWIATAN

23.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Dostępność	Niezasadnione punktowanie za czas pracy ośrodka/oddziału, który jest zależny możliwości realizacji świadczeń w ramach publicznego finansowania	Godziny dostępności ośrodka/oddziału są podyktowane jedynie wysokością kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w sytuacji małego kontraktu 12 godzin dziennie jest niezasadnionym wymiarem dostępności. Trudno w związku z powyższym deklarować określoną liczbę godzin pracy zakładu bez odniesienia się do realnej możliwości finansowanie realizowanych świadczeń. Wydłużanie czasu pracy zakładu jest bez jednoczesnej finansowej możliwości realizacji świadczeń niezasadnione ekonomicznie.	
24.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Dostępność Realizacja umowy w zakresie: 1) fizjoterapii ambulatoryjnej; 2) rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.	Uzależni uzyskania kontraktu od realizacji pozostałych zakresów świadczeń	Punktowanie realizacji pozostałych świadczeń rehabilitacyjnych prowadzić będzie do koncentracji realizacji świadczeń w dużych podmiotach co nie jest wprost uzasadnione i nie wpływa bezpośrednio na kompleksowość i jakość świadczonych usług. Ma to wpływ na koncentrację usług w mniejszej liczbie ośrodków, podczas gdy w przypadku	Usunięcie kryterium





LEWIATAN

				<p>rehabilitacji istotna jest szeroka dostępność.</p> <p>Zmniejszenie liczby podmiotów dostarczający usługi rehabilitacyjne utrudni np. poprzez podniesienie kosztów dojazdów dla świadczeniobiorców dostęp do omawianych świadczeń. Przełoży się to na uzyskanie ostatecznych efektów terapeutycznych całego procesu leczenia. I jednocześnie wpłynie na wskaźniki efektywności kosztowej całego procesu udzielania świadczeń.</p> <p>Zaprojektowane w taki sposób kryteria oceny ofert służyć będą nieuzasadnionemu faworyzowaniu dużych podmiotów. Przyczyni się to do ograniczenia dostępności do świadczeń dla mieszkańców mniejszych miast, stanowiąc zagrożenie dla szpitali powiatowych oraz małych jednostek realizujących świadczenia o wysokim poziomie jakości i bezpieczeństwa.</p>	
--	--	--	--	--	--



				<p>Proponowane kryteria stanowią środek niewspółmierny do zakładanego celu, dyskryminując mniejsze podmioty, które z obiektywnych przyczyn nie mogą zagwarantować posiadania kompleksowej oferty rehabilitacyjnej. Kryteria naruszają zatem zasadę równego traktowania świadczeniodawców.</p>	
25.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel</p>	<p>Nie do zaakceptowania jest wymóg ½ etatu specjalisty rehabilitacji na 15 świadczeniobiorców</p>	<p>- zatrudnienie lekarza dla 15 pacjentów na ½ etatu spowoduje ze 1/3 środków finansowych za zrealizowane świadczenia wystarczy wyłącznie na pokrycie pensji lekarza; z czego zatem opłacić pozostały personel: fizjoterapeutów, masażystę, psychologa, terapeutę, dietetyka, rejestrację? Z czego utrzymać bazę zabiegową? - wydajność czasu pracy lekarza jest drastycznie niska!! Lekarz miałby tygodniowo do przyjęcia 15 osób co oznacza że dziennie przyjmowałby 3 osoby przez prawie 4 godziny</p>	<p>Ustalenie wymogu przeliczeniowego co najmniej 30 pacjentów na ½ etatu specjalisty rehabilitacji a po zakontraktowaniu możliwość obniżenia lub podwyższania w zależności od zakontraktowanej ilości świadczeń</p>



				<ul style="list-style-type: none"> <li>- na rynku brakuje specjalistów rehabilitacji medycznej</li> <li>- czas pracy powinien być efektywniej zagospodarowany, przy aktualnym deficycie kadry medycznej powinno unikać się nadetatowości</li> </ul>	
26.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p>	Usunięcie kryterium 1.2 w zakresie obowiązku posiadania 5-letniego doświadczenia	<p>Większość kadry, zwłaszcza w szpitalach stanowią technicy fizjoterapii, którzy niechętnie podnoszą kwalifikacje,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kadra magisterska z 5-letnim stażem będzie zasilać placówki dopiero za około 5-8 lat, jest to za wcześnie na wprowadzanie takiego wymogu,</li> <li>- magistry z 5-letnim stażem pracują obecnie głównie w swoich gabinetach prywatnych</li> </ul>	1.1. Magister fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu.
27.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p>	1.6. Psycholog kliniczny lub magister psychologii – równoważnik co najmniej ¼ etatu. Psycholog, za duży wymiar czasu pracy	Pacjenci niechętnie zapisują się na konsultacje z psychologiem, dominuje wysoka absencja	1.6. Psycholog kliniczny lub magister psychologii – zapewnienie konsultacji w miejscu udzielania świadczeń.
28.		<p>Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa</p>	1.9 Dietetyk– równoważnik co najmniej ¼ etatu.	Proszę nie podwyższać kosztocłonności świadczeń w oddziale.	Usunięcie wymogu.

		w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel		Należy przypomnieć że pacjent otrzymuje 5 zabiegów dziennie a w koszcie osobodnia są także porady lekarskie. Odział jest zatem dalece bardziej kosztochłonny niż ambulatoryjna fizjoterapia.	
29.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Terapeuta zajęciowy, za duży wymiar czasu pracy	Pacjenci niechętnie zapisują się na zajęcia, dominuje wysoka absencja	1.10 Terapeuta zajęciowy – zapewnienie konsultacji w miejscu udzielania świadczeń.
30.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura / pomieszczenia	2.5: posiadanie basenu	- brak placówek z basenem - niewspółmierny do przychodów wysoki koszt inwestycji	Usunięcie tego kryterium albo wprowadzenie umowy z podmiotem posiadającym basen rehabilitacyjny
31.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość	2.6 Kriokomora ogólnoustrojowa – w lokalizacji.	Wprowadzenie również kriosauuny, z której skorzysta więcej osób bo jest mniej przeciwwskazań a czynnik chłodzący i uzyskiwana niska	2.6 Kriokomora lub kriosauuna – w lokalizacji.

		Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura / pomieszczenia		temperatura jest taki sam (ciekły azot, temp. -140 °C)	
32.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Dostępność	Zmiana legislacyjna w zakresie wskazania czasu pracy placówki medycznej	Czas pacy od 8:00 do 18:00 to jest 10 a nie 12 godzin	1.1 Czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00.
33.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Kompleksowość	W pkt 1.1 proponuje się premiowanie realizacji różnych form świadczeń, w tym w ramach opieki ambulatoryjnej.	W poprzednim konkursie ten sam świadczeniodawca nie mógł realizować jednocześnie rehabilitacji ambulatoryjnej oraz rehabilitacji dziennej. Nie można zatem premiować za udzielanie świadczeń, których ze względów formalnych nie można było zakontraktować.	1.1 W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji we wszystkich formach organizacyjnych: rehabilitacji stacjonarnej, dziennej.
34.		Tabela nr 1, pkt 4.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Kompleksowość	Zapis zupełnie nie odnosi się do sensu rozumienia pojęcia „kompleksowości”, która oznacza możliwość realizacji świadczenia opieki zdrowotnej w danym zakresie, co zupełnie nie oznacza brak możliwości posiadania podwykonawców. Ponadto	W naszej ocenie w ramach kompleksowości powinno się badać potencjał podmiotu do udzielania kompleksowych świadczeń albo w ramach własnych placówek, albo posiadać umowy na podwykonawstwo. Czy posiadanie przez podmiot leczniczy umów wyłącznie na transport medyczny	Usunięcie albo modyfikacja w kierunku umożliwienia działania różnych podmiotów razem, co zapewni pacjentowi dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej.

			propozycja nie uwzględnia możliwości wspólnego ubiegania się o umowę, zgodnie z brzmieniem art. 132a ustawy.	lub badania laboratoryjne spełnia to kryterium czy też nie?	
35.		Tabela nr 1, pkt 4.3 – Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Wymóg posiadania lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji a także fizjoterapeutów nie jest możliwa do zrealizowania w placówkach rehabilitacji dzieci.	Zaproponowane kryterium premiuje oddziały o charakterze szpitalnym, ukierunkowanych na rehabilitację narządu ruchu, a nie dla ośrodków rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych – jednostek niejednokrotnie prowadzonych przez organizacje pozarządowe o charakterze non for profit. Utrzymanie proponowanych będzie skutkowało niemożnością zawarcia kontraktu przez dotychczasowe ośrodki (w tym oddziały rehabilitacji dziennej), a tym samym poważnym ograniczeniem opieki rehabilitacyjnej dla dzieci z najbardziej potrzebujących rodzin.	Należy zostawić dotychczasowe wymagania.
36.		Tabela nr 1, pkt 4.3 – Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku	Warunek dotyczący posiadania terapeuty zajęciowego nie będzie w praktyce kryterium rankingującym.	Zdziwienie budzi wprowadzenie do kryteriów konkursowych wymogu odmiennego niż ten określony w wykazie świadczeń gwarantowanych, gdzie	Usunięcie zapisów, które wykraczają poza warunki wprowadzone przepisami w

		rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel		wprowadzono alternatywny wykaz specjalistów, którzy mogą zastąpić w rehabilitacji dzieci terapeutę (np. magister pedagogiki specjalnej, terapeuta widzenia)	sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych.
37.		Tabela nr 1, pkt 4.3 – Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura medyczna /pomieszczenia	Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych są sprzętem nieprzydatnym dla dzieci młodszych.	Grupy najmłodszych pacjentów, mających medyczne wskazania do hydroterapii, nie mogą korzystać z takiego sprzętu ze względu na jego zbyt duże gabaryty. Z takiego sprzętu nie mogą też korzystać pacjenci z najcięższymi, utrwalonymi uszkodzeniami aparatu ruchu (pacjenci leżący z czterokończynowymi niedowładami czy z bardzo nasilonymi ruchami mimowolnymi). Tacy pacjenci mogą natomiast korzystać z wanny do hydroterapii.	2.1 Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych lub wanny do hydroterapii – w lokalizacji.
38.		Tabela nr 1, pkt 4.3 – Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość	Wprowadzenie wymogu posiadania basenu wpłynie na zmniejszenie się konkurencyjności i zamykanie małych placówek, a w konsekwencji pozbawić dostępu	Kryterium ma znaczenie dla dużych ośrodków, ale zupełnie nie uwzględnia faktu istnienia małych ośrodków, które działają w lokalnych środowiskach, ale nie mają basenu.	Wnosimy o usunięcie tego kryterium.

		Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura medyczna /pomieszczenia	do rehabilitacji dzieci w mniejszych miejscowościach.	Niepokojące jest, że w kryteriach rankingujących wzięto pod uwagę wyłącznie wyroby służące do klasycznej rehabilitacji narządu ruchu.	
39.		Tabela nr 1, pkt 4.6 – Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Wymóg po ½ etatu kardiologa i specjalisty rehabilitacji nie do przyjęcia	- wzrost etatowości o ½ etatu w stosunku do warunków obecnych - zbyt wysoka etatowość specjalisty rehabilitacji - nie ma takiej potrzeby by kardiolog i specjalista rehabilitacji pracowali łącznie w wymiarze 1 etatu dla 10 pacjentów - całość wynagrodzenia z tytułu realizacji umowy z NFZ przy takiej etatowości pokryje wyłącznie wynagrodzenie za prace lekarzy	Wymóg ½ etatu specjalistów łącznie: kardiologa, specjalisty rehabilitacji w dowolnych proporcjach bez przeliczania na liczbę pacjentów.
40.		Tabela nr 1, pkt 4.6 – Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Usunięcie kryterium 1.3 w zakresie obowiązku posiadania 5-letniego doświadczenia	Większość kadry, zwłaszcza w szpitalach stanowią technicy fizjoterapii, którzy niechętnie podnoszą kwalifikacje, - kadra magisterska z 5-letnim stażem będzie zasilać placówki dopiero za około 5-8 lat, jest to za wcześnie na wprowadzanie takiego wymogu,	1.3 Magister fizjoterapii – równoważnik co najmniej ½ etatu.

				- magistry z 5-letnim stażem pracują obecnie głównie w swoich gabinetach prywatnych	
41.		Tabela nr 1, pkt 4.6 – Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Psycholog, za duży wymiar czasu pracy	Pacjenci niechętnie zapisują się na konsultacje z psychologiem, dominuje wysoka absencja	Zapewnienie konsultacji w miejscu udzielania świadczeń.
42.			1.8 Dietetyk – do usunięcia.	Proszę nie podwyższać kosztocłonności świadczeń w oddziale. Należy przypomnieć że pacjent otrzymuje 5 zabiegów dziennie a w koszcie osobodnia są także porady lekarskie. Oddział jest zatem dalece bardziej kosztocłonny niż ambulatoryjna fizjoterapia.	Usunięcie wymogu.
43.		Tabela nr 1, pkt 4.6 – Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt i aparatura medyczna	Niezrozumiałe premiowanie za posiadanie zestawu ergospirometrycznego, skoro podstawowym sprzętem jest zestaw do próby wysiłkowej.	Brak punktów za sprzęt podstawy jak rowery treningowe, bieżnia, defibrylator oraz sprzęt dodatkowy jak holter RR, EKG lub usg do wykonania echo serca. W projekcie zakłada się premiowanie oferentów posiadających dodatkowy sprzęt i infrastrukturę, które jednak nie mają wpływu na zwiększenie jakości,	Wprowadzeni zapisu: Zestaw do próby wysiłkowej, punkty dodatkowe za sprzęt diagnostyczny: usg, holtery.



LEWIATAN

				bezpieczeństwa czy dostępności do świadczeń. Nieuzasadnione zakupy sprzętu wynikające jedynie z potrzeby uzyskania lepszej pozycji w rankingu prowadzić będą do marnowania i tak już ograniczonych zasobów, które mogłyby być przeznaczone na inne cele.	
44.		Tabela nr 1, pkt 4.6 – Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Dostępność	Zmiana legislacyjna w zakresie wskazania czasu pracy placówki medycznej; ponadto usztywnienie działań na niekorzyść małych ośrodków	Czas pacy od 8:00 do 18:00 to jest 10 a nie 12 godzin Zaproponowane kryteria odnoszące się do liczby etatów oraz kwalifikacji personelu lekarskiego są nieadekwatne w porównaniu z rzeczywistym zapotrzebowaniem. Premiowanie świadczeniodawców zapewniających ponadnormatywną obsadę lekarską będzie prowadzić do pogłębienia niedoborów kadrowych w innych rodzajach i zakresach świadczeń, co przełoży się na ograniczenie dostępności do świadczeń oraz wpłynie na poziom bezpieczeństwa pacjentów. Wprowadzenie wymogów nieadekwatnych do potrzeb będzie	1.1 Czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00.





				generować również niepotrzebne koszty wynagrodzeń dodatkowego personelu.	
45.		Tabela nr 1, pkt 4.6 – Rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym Kryterium: Kompleksowość	Zapis zupełnie nie odnosi się do sensu rozumienia pojęcia „kompleksowości”, która oznacza możliwość realizacji świadczenia opieki zdrowotnej w danym zakresie, co zupełnie nie oznacza brak możliwości posiadania podwykonawców. Ponadto propozycja nie uwzględnia możliwości wspólnego ubiegania się o umowę, zgodnie z brzmieniem art. 132a ustawy.	W naszej ocenie w ramach kompleksowości powinno się badać potencjał podmiotu do udzielania kompleksowych świadczeń albo w ramach własnych placówek, albo posiadać umowy na podwykonawstwo. Czy posiadanie przez podmiot leczniczy umów wyłącznie na transport medyczny lub badania laboratoryjne spełnia to kryterium czy też nie?	Usunięcie albo modyfikacja w kierunku umożliwienia działania różnych podmiotów razem, co zapewni pacjentowi dostęp do kompleksowej opieki zdrowotnej.
46.		Tabela nr 1, pkt 5.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Drastyczny wzrost etatów lekarskich	- Nadetatowość!!! - obecne warunki mówią o 1 etacie przeliczeniowym składającym się ze specjalistów: rehabilitacji, chorób wewnętrznych, neurologii, ortopedii, kardiologii -wg projektu dla obsługi 25 łóżek wymagane jest 2 i 2/3 etatu przeliczeniowego – to prawie 2 razy więcej niż dotychczas	Pozostawienie jak dotychczas 1 etatu lekarskiego dopuszczającego lekarzy różnych specjalności w dowolnym wymiarze czasu pracy

				- dlaczego projekt dla oddziału rehabilitacji neurologicznej, gdzie stan pacjentów jest dużo bardziej skomplikowany, a oddział ma wyższy poziom referencyjności wymaga etatowości personelu lekarskiego na poziomie niższym, tj. 2 etatów na 25 osób czyli o 1/3 mniej (świadczenia te są również lepiej finansowane przez NFZ)	
47.			Zniesienie wymogu obecności po ¼ każdego specjalisty	Przy deficycie lekarzy na rynku pracy nie należy formować tak sztywnych kryteriów zatrudnienia	Pozostawienie jak dotychczas 1 etatu lekarskiego dopuszczającego lekarzy różnych specjalności
48.			Psycholog, za duży wymiar czasu pracy	Pacjenci chętniej korzystają z zajęć terapii zajęciowej a niechętnie korzystają z psychologa	Zapewnienie konsultacji w miejscu udzielania świadczeń.
49.		Tabela nr 1, pkt 5.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Sprzęt i aparatura medyczna, pomieszczenia	Pracownie pomiarowe obiektywizuje wyniki fizjoterapii – niezrozumiałe włączenie do oceny.	Do tego może służyć gabinet zabiegowy, sala ćwiczeń. Wprowadzenie kolejnego obowiązku (posiadania odrębnego pomieszczenia) tylko podraża koszty świadczenia i eliminuje podmioty, które nie są w stanie sprostać takiemu wymogowi (np. ze względu na brak możliwości technicznych).	Zapis do usunięcia.

50.			2.3: Urządzenie do terapii metoda biofeedback	Urządzenie wymaga bardzo dobrej współpracy ze strony pacjenta oraz rozumienia zakresu ćwiczeń co w znaczny sposób zawęży grupę pacjentów do osób z dobrą sprawnością intelektualną i niezaburzonymi czynnościami poznawczymi. W związku z powyższą argumentacją trudno uznać urządzenia do terapii biofeedback jako istotny element mający wpływ na jakość udzielanych świadczeń. To dobra współpraca ze strony pacjenta umożliwia jego zastosowanie oraz uzyskanie zadowalających efektów z prowadzonej terapii.	Usunięcie kryterium
51.			2.6: posiadanie basenu jest nieuzasadnionym zwiększaniem kosztów	- brak placówek z basenem - niewspółmierny do przychodów wysoki koszt inwestycji	Usunięcie tego kryterium.
52.			2.6 Kriokomora ogólnoustrojowa – w lokalizacji.	Wprowadzenie również kriosauuny, z której skorzysta więcej osób bo jest mniej przeciwwskazań a czynnik chłodzący i uzyskiwana niska temperatura jest taki sam (ciekły azot, temp. -140 °C)	2.6 Kriokomora lub kriosauuna – w lokalizacji.

53.		Tabela nr 1, pkt 5.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Dostępność	Zmiana legislacyjna w zakresie wskazania czasu pracy placówki medycznej	Czas pacy od 8:00 do 18:00 to jest 10 a nie 12 godzin; trudno uzasadnić założenie, iż dostępność do ośrodka/oddziału dziennego ma wpływ na dostępność w zakresie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.	1.1 Czas pracy ośrodka lub oddziału dziennego – nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00.
54.		Tabela nr 1, pkt 5.2 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Kompleksowość	Obecność dietetyka jest w naszej ocenie zbędna. Wystarczy zapewnienie dostępu do takiej osoby.		Usunięcie tego kryterium
55.			Wprowadzenie zapisu dotyczącego koordynacji kierowania pacjentów, które są określone w ogólnie obowiązujących przepisach nie znajduje logiczne uzasadnienia.	Podmiot realizujący umowę w zakresie rehabilitacji neurologicznej ma niewielki wpływ na kierowanie pacjentów z innych jednostek. Realizacja hospitalizacji jest podyktowana względami medycznym i stanem pacjenta oraz warunkami realizacji świadczeń określonymi w odrębnych przepisach. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września	Usunięcie kryterium



LEWIATAN

				<p>2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobligowany do realizacji świadczeń zgodnie z listą oczekujących.</p> <p>Wprowadzanie zasad sformalizowanych w umowach zawartych pomiędzy podmiotami nie może stać w sprzeczności z ogólnie obowiązującymi przepisami gdyż prowadzić to może do naruszenia zasad równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ponadto ustalanie kryterium w myśl którego realizacja rehabilitacji stacjonarnej będzie warunkowana posiadaniem umowy współpracy pomiędzy jednostkami jest próbą ograniczenia dostępności do świadczeń (np. dla pacjentów kierowanych z jednostek niezwiązanych umową) jak również próba ograniczenia prawa pacjenta do swobodnego wyboru</p>	
--	--	--	--	---	--



				świadczeniodawcy. Stąd umieszczanie w kryteriach oceny ofert punktacji, która jest niespójna z obowiązującymi przepisów jest nielogiczne.	
56.		Tabela nr 1, pkt 5.4 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Jakość Kategoria: Personel	Nadmierne wymogi w zakresie personelu lekarskiego prowadzą do nieefektywnego wykorzystania potencjału kadrowego i generują nieuzasadnione koszty, jednocześnie pogarszając dostępność w innych rodzajach i zakresach świadczeń	Zaproponowane kryteria odnoszące się do liczby etatów oraz kwalifikacji personelu lekarskiego są nieadekwatne w porównaniu z rzeczywistym zapotrzebowaniem. Premiowanie świadczeniodawców zapewniających ponadnormatywną obsadę lekarską będzie prowadzić do pogłębienia niedoborów kadrowych w innych rodzajach i zakresach świadczeń, co przełoży się na ograniczenie dostępności do świadczeń oraz wpłynie na poziom bezpieczeństwa pacjentów. Wprowadzenie wymogów nieadekwatnych do potrzeb będzie generować również niepotrzebne koszty wynagrodzeń dodatkowego personelu.	Weryfikacja i dostosowanie kryteriów do realnych potrzeb oraz możliwości wynikających z ograniczonych zasobów kadrowych
57.		Tabela nr 1, pkt 5.4 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa	Zbyt niski wymóg w stosunku do realnych potrzeb pracy z pacjentem	Zapisanie wymogu 1 etatu logopedy na 20 łóżek to zbyt niski wymóg nie odnoszący się do realnych warunków	Jeden etat logopedę na 10-15 łóżek.

		<p>w warunkach stacjonarnych</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: Personel</p>		<p>pracy w oddziale. Przy konieczności pracy z pacjentem co najmniej 30 minut dziennie, wymiar jednego etatu nie zapewnia prawidłowego wykonywania świadczeń.</p> <p>Poza tym rekomenduje aby uwzględnić w kryteriach oceny jakości świadczeń zatrudnianie w oddziale neurologopedów.</p>	<p>Dodatkowe kryterium z oddzielną punktacją z etaty neurologopedy</p>
58.		<p>Tabela nr 1, pkt 5.4 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: Personel</p>	<p>Wymiar czasu pracy psychologa i terapeuty zajęciowego</p>	<p>Psycholog kliniczny i terapeuta zajęciowy w czasie zatrudnienia ¼ etatu – jest nieadekwatny wymiarem czasu pracy do liczby zadań realizowanych w oddziale. Kryterium to powinno zostać odniesione do liczby pacjentów. Przy zatrudnieniu w tak małym wymiarze godzin istnieje ryzyko, że dana osoba będzie zatrudniana w kilku miejscach na część etatu, co w żaden sposób nie przełoży się na jakość opieki nad pacjentem, a spowoduje jedynie możliwość uzyskania dodatkowych punktów przez kilka placówek.</p>	<p>zatrudnienie minimum 1 psychologa na 10-15 łóżek i jednego terapeuty zajęciowego na 15 łóżek.</p>

59.		Tabela nr 1, pkt 5.4 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Jakość Kategoria: Sprzęt Oceniany warunek: 2.6	Przyznawanie dodatkowych punktów za zapewnienia sprzętu oraz infrastruktury, których posiadanie nie ma bezpośredniego przełożenia na jakość udzielanych świadczeń, będzie stymulować nieuzasadnione inwestycje	W projekcie zakłada się premiowanie oferentów posiadających dodatkowy sprzęt i infrastrukturę, które jednak nie mają wpływu na zwiększenie jakości, bezpieczeństwa czy dostępności do świadczeń. Nieuzasadnione zakupy sprzętu wynikające jedynie z potrzeby uzyskania lepszej pozycji w rankingu prowadzić będą do marnowania i tak już ograniczonych zasobów, które mogłyby być przeznaczone na inne cele.	Rezygnacja z kryteriów premiujących nieuzasadnione inwestycje
60.		Tabela nr 1, pkt 5.4 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Kompleksowość	Wprowadzenie zapisu dotyczącego koordynacji kierowania pacjentów, które są określone w ogólnie obowiązujących przepisach nie znajduje logiczne uzasadnienia.	Podmiot realizujący umowę w zakresie rehabilitacji neurologicznej ma niewielki wpływ na kierowanie pacjentów z innych jednostek. Realizacja hospitalizacji jest podyktowana względami medycznym i stanem pacjenta oraz warunkami realizacji świadczeń określonymi w odrębnych przepisach. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Usunięcie kryterium





LEWIATAN

				<p>publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobligowany do realizacji świadczeń zgodnie z listą oczekujących. Wprowadzanie zasad sformalizowanych w umowach zawartych pomiędzy podmiotami nie może stać w sprzeczności z ogólnie obowiązującymi przepisami gdyż prowadzić to może do naruszenia zasad równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Ponadto ustalanie kryterium w myśl którego realizacja rehabilitacji stacjonarnej będzie warunkowana posiadaniem umowy współpracy pomiędzy jednostkami jest próbą ograniczenia dostępności do świadczeń (np. dla pacjentów kierowanych z jednostek niezwiązanych</p>	
--	--	--	--	--	--



				umową) jak również próba ograniczenia prawa pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy. Stąd umieszczanie w kryteriach oceny ofert punktacji, która jest niespójna z obowiązującymi przepisów jest nielogiczne.	
61.		Tabela nr 1, pkt 5.4 – Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych Kryterium: Kompleksowość	Brak punktów za realizację zakresu umów w trybie rehabilitacji ambulatoryjnej i dziennej	Rehabilitacja neurologiczna- w rubryce kompleksowość nie ma dodatkowych punktów za realizację w ramach umowy także rehabilitacji w umowie- np. dziennej, ambulatoryjnej. Skoro inne rodzaje rehabilitacji stacjonarnej mają dodatkowe punkty za pełne umowy, dlaczego neurologiczna jest poszkodowana?	Ja bym ten zarzut usunęła, skoro w poprzednich punktacjach negujemy zasadność takiego zapisu.
62.		Tabela nr 1, pkt 5.13 – Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Nadmierne wymogi w zakresie personelu lekarskiego prowadzą do nieefektywnego wykorzystania potencjału kadrowego i generują nieuzasadnione koszty, jednocześnie pogarszając dostępność w innych rodzajach i zakresach świadczeń	Zaproponowane kryteria odnoszące się do liczby etatów oraz kwalifikacji personelu lekarskiego są nieadekwatne w porównaniu z rzeczywistym zapotrzebowaniem. Premiowanie świadczeniodawców zapewniających ponadnormatywną obsadę lekarską będzie prowadzić do pogłębienia niedoborów kadrowych w innych	Weryfikacja i dostosowanie kryteriów do realnych potrzeb oraz możliwości wynikających z ograniczonych zasobów kadrowych

				rodzajach i zakresach świadczeń, co przełoży się na ograniczenie dostępności do świadczeń oraz wpłynie na poziom bezpieczeństwa pacjentów. Wprowadzenie wymogów nieadekwatnych do potrzeb będzie generować również niepotrzebne koszty wynagrodzeń dodatkowego personelu.	
63.		Tabela nr 1, pkt 5.13 – Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych Kryterium: Jakość Kategoria: 2. Sprzęt	Przyznawanie dodatkowych punktów za zapewnienia sprzętu oraz infrastruktury, których posiadanie nie ma bezpośredniego przełożenia na jakość udzielanych świadczeń, będzie stymulować nieuzasadnione inwestycje	W projekcie zakłada się premiowanie oferentów posiadających dodatkowy sprzęt i infrastrukturę, które jednak nie mają wpływu na zwiększenie jakości, bezpieczeństwa czy dostępności do świadczeń. Nieuzasadnione zakupy sprzętu wynikające jedynie z potrzeby uzyskania lepszej pozycji w rankingu prowadzić będą do marnowania i tak już ograniczonych zasobów, które mogłyby być przeznaczone na inne cele.	Rezygnacja z kryteriów premiujących nieuzasadnione inwestycje
64.		Tabela nr 1, pkt 5.13 – Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych Kryterium: Kompleksowość	Wprowadzenie zapisu dotyczącego koordynacji kierowania pacjentów, które są określone w ogólnie	Podmiot realizujący umowę w zakresie rehabilitacji neurologicznej ma niewielki wpływ na kierowanie pacjentów z innych jednostek.	Usunięcie kryterium



LEWIATAN

		Oceniany warunek: 1.1	obowiązujących przepisach nie znajduje logiczne uzasadnienia.	<p>Realizacja hospitalizacji jest podyktowana względami medycznym i stanem pacjenta oraz warunkami realizacji świadczeń określonymi w odrębnych przepisach.</p> <p>Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobligowany do realizacji świadczeń zgodnie z listą oczekujących.</p> <p>Wprowadzanie zasad sformalizowanych w umowach zawartych pomiędzy podmiotami nie może stać w sprzeczności z ogólnie obowiązującymi przepisami gdyż prowadzić to może do naruszenia zasad równego dostępu do</p>	
--	--	-----------------------	---	--	--



				<p>świadczeń zdrowotnych. Ponadto ustalanie kryterium w myśl którego realizacja rehabilitacji stacjonarnej będzie warunkowana posiadaniem umowy współpracy pomiędzy jednostkami jest próbą ograniczenia dostępności do świadczeń (np. dla pacjentów kierowanych z jednostek niezwiązanych umową) jak również próba ograniczenia prawa pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy. Stąd umieszczanie w kryteriach oceny ofert punktacji, która jest niespójna z obowiązującymi przepisami jest nielogiczne.</p>	
65.		<p>Tabela nr 1, pkt 5.13 – Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych Kryterium: Kompleksowość Oceniany warunek: 1.2</p>	<p>Punkty za wszystkie formy rehabilitacji</p>	<p>Punktowanie realizacji pozostałych świadczeń rehabilitacyjnych prowadzić będzie koncentracji realizacji świadczeń w podmiotach co nie jest wprost uzasadnione i nie wpływa bezpośrednio na kompleksowość i jakość świadczonych usług. Ma to wpływ na koncentrację usług w mniejszej liczbie ośrodków, podczas gdy w przypadku</p>	<p>Usunięcie kryterium</p>



LEWIATAN

				<p>rehabilitacji istotna jest szeroka dostępność.</p> <p>Zmniejszenie liczby podmiotów dostarczających usługi rehabilitacyjne utrudni świadczeniobiorcom dostęp do omawianych świadczeń. Przełoży się to na uzyskanie ostatecznych efektów terapeutycznych całego procesu leczenia. I jednocześnie wpływie na wskaźniki efektywności kosztowej całego procesu udzielania świadczeń.</p> <p>Zaprojektowane w taki sposób kryteria oceny ofert służyć będą nieuzasadnionemu faworyzowaniu dużych podmiotów. Przyczyni się to do ograniczenia dostępności do świadczeń dla mieszkańców mniejszych miast, stanowiąc zagrożenie dla szpitali powiatowych oraz małych jednostek realizujących świadczenia o wysokim poziomie jakości i bezpieczeństwa.</p> <p>Proponowane kryteria stanowią środek niewspółmierny do zakładanego celu, dyskryminując mniejsze podmioty, które z</p>	
--	--	--	--	---	--



				<p>obiektywnych przyczyn nie mogą zagwarantować posiadania kompleksowej oferty rehabilitacyjnej. Kryteria naruszają zatem zasadę równego traktowania świadczeniodawców.</p>	
66.		<p>Część wspólna: Jakość 6,7,8</p>	<p>Ograniczenie liczby certyfikatów systemu zarządzania jakością podlegających ocenie w postępowaniu konkursowym do ISO 9001 i ISO/IEC 27001 nie służy poprawie jakości udzielonych świadczeń i narusza zasadę pewności prawa, niska wycena punktowa obniża motywację do pozyskania certyfikatów oraz nieodzwierciedla wysiłków poniesionych na dostosowanie działalności do wymaganych norm</p>	<p>Wykluczenie z kryteriów oceny ofert norm ISO 14001 (zarządzanie środowiskiem), ISO 18001 (BHP), ISO 22000 (norma żywnościowa) ISO 15224 (jakość usług medycznych) jest sprzeczne z celami polegającymi na podniesieniu jakości udzielanych świadczeń oraz z zasadą pewności prawa w odniesieniu do podmiotów, które poniosły znaczne koszty na uzyskanie wymaganych dotychczas przez NFZ certyfikatów. Tym bardziej, że zachowanie norm środowiskowych, żywnościowych, BHP w służbie zdrowia bezpośrednio przekłada się na jakość i bezpieczeństwo świadczonych usług.</p>	<p>Jako kryterium rankingujące powinny być wprowadzone normy ISO 14001, ISO 18001, ISO 22000. ISO 15224 Rekomendujemy przyznanie wyższej wartości punktowej za spełnienie norm jakościowych.</p>

				<p>Wdrożenie odpowiednich norm jakości wiąże się z dużym zaangażowaniem personelu oraz z koniecznością poniesienia znacznych nakładów finansowych. Odejście od przyznawania dodatkowych punktów za wdrożenie normy ISO 15224, która jest normą dedykowaną dla jednostek medycznych i dostosowaną do specyfiki ich funkcjonowania, nie znajduje merytorycznego uzasadnienia i może skutkować spadkiem jakości świadczonych usług oraz zaprzepaszczeniem dotychczasowych rezultatów osiągniętych na skutek wdrożenia norm.</p>	
67.		Część wspólna: Jakość	<p>Brak oceny punktowej za spełnienie kryterium i posiadanie akredytacji w przypadku rehabilitacji stacjonarnej oraz brak zróżnicowania w zależności o uzyskanej w procesie akredytacji punktacji</p>	<p>Brak oceny za spełnienie standardów akredytacyjnych oraz brak zróżnicowania punktacji w zależności od uzyskanej oceny obniża motywacje podmiotów do podnoszenia standardów opieki. Jedno z głównych, obiektywnych kryteriów jakościowych dedykowane dla</p>	<p>Rekomendujemy wprowadzenie kryterium oceny za posiadaną akredytację oraz zróżnicowanie punktowe w zależności od poziomu oceny uzyskanej przy akredytacji, w celu zwiększenia motywacji wszystkich uczestników rynku do</p>



				szpitalnictwa zostało potraktowane marginalnie.	podnoszenia standardów jakości i bezpieczeństwa usług.
68.		Część wspólna: Jakość – pozostałe warunki 5 Zapewnienie serwisu sprzętu medycznego przez podmiot świadczący działalność serwisową na podstawie umowy z producentem danego wyrobu.	Zaproponowane zmiany w sposób nieuzasadniony ograniczają możliwość wyboru podmiotu realizującego serwis sprzętu. Kryterium jest oparte na błędnym założeniu, że profesjonalny serwis jest wykonywany wyłącznie przez producenta sprzętu, podczas gdy usługi na identycznym, a często nawet wyższym poziomie, wykonują także dystrybutorzy sprzętu lub podmioty działające niezależnie od nich. Przyjęcie proponowanych zmian będzie skutkowało znacznym zwiększeniem kosztów serwisowania sprzętu.	Nie każdy producent sprzętu medycznego działa na rynku Polskim bezpośrednio i ma własny serwis. Producenci zagraniczni działają na rynku polskim poprzez dystrybutorów i to firmy dystrybutorskie mogą zawierać umowy w zakresie usług serwisowych z niezależnymi profesjonalnymi podmiotami, samych umów w tym przypadku nie zawiera producent. Wprowadzenie powyższego zapisu znacznie ograniczy swobodę działania i możliwość zawierania bezpośrednio umów z profesjonalnymi firmami świadczącymi usługi serwisowe nie koniecznie będącymi podmiotami wskazanymi przez producenta bądź dystrybutora. Powyższy wymóg spowoduje również znaczny wzrost kosztów usług serwisowych które mogą być niejednokrotnie 10 krotnie wyższe w	Kryterium niezasadne

				serwisie wskazywanym przez producenta/dystrybutora.	
69.		Część wspólna: Jakość 2,3	Brak uwzględnienia etapowego wprowadzania dokumentacji medycznej, niska ocena wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej	Wprowadzenie dodatkowych punktów za wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej nie uwzględnia etapowego wdrażania dokumentacji u świadczeniodawców udzielających świadczeń wielu miejscach/lokalizacjach. Projekt nie uwzględnia faktu, iż wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej może następować u danego świadczeniodawcy etapami (np. w poszczególnych miejscach/lokalizacjach), stąd kryterium powinno być zawężone do oceny, czy dokumentacja elektroniczna została wdrożona w miejscu udzielania świadczeń, którego dotyczy dane postępowanie. Pozytywnie należy ocenić wprowadzenie we wszystkich zakresach świadczeń w kryterium „jakość” kryterium premiującego tych oferentów którzy	Zawężenie kryterium do oceny, czy dokumentacja elektroniczna została wdrożona w miejscu udzielania świadczeń, którego dotyczy dane postępowanie. Rekomendujemy przyznanie wyższej wartości punktowej za to kryterium.

				wystawiają recepty i prowadzą dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Wdrożenie dokumentacji elektronicznej sprzyja koordynacji usług oraz wymianie informacjami pomiędzy uczestnikami procesów. Jednocześnie przyznana za kryterium liczba punktów nie odzwierciedla wysokości wysiłków jakie musi ponieść świadczeniodawca aby zrealizować przepisy prawne w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej.	
70.		Część wspólna Wyniki Kontroli i inne nieprawidłowości	Negatywnie należy ocenić zawarte w poszczególnych tabelach załącznika nr 1 do projektu rozporządzenia składniki kryterium „jakość-wyniki kontroli”.	Zastrzeżenia budzi przyznawanie punktów ujemnych w toku postępowania o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie jest to kryterium obiektywne i nie spełnia warunku równego traktowania podmiotów (podmioty, które dotychczas nie miały kontraktu z NFZ nie są obciążone ryzykiem; ponadto istnieje prawdopodobieństwo, że dwa podmioty mające kontrakt z NFZ dopuściły się tych samych naruszeń, jednak tylko jeden z	Należy wprowadzić próg istotności przyznawanych kar i stwierdzonej nieprawidłowości, jeśli kryterium ma mieć charakter jakościowy i zapewnić ocenę porównywalnych warunków.  Wykreślenie elementów oceny nieodnoszących się do samej jakości udzielanych świadczeń tj 1) nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń;



LEWIATAN

				<p>nich był kontrolowany przez NFZ i tylko ten jeden uzyska punkty ujemne). Ponadto należy zwrócić uwagę na wagę wyników kontroli są podmioty ukarane kwotą 1,89 zł i takie które mają 1 mln PLN kary - należy wprowadzić próg istotności, jeśli kryterium ma mieć charakter jakościowy i zapewnić ocenę porównywalnych warunków.</p> <p>Ponadto zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 lipca 2016 r., porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się m.in. w oparciu o kryterium jakości. Wobec tego, jeżeli dopuszcza się punkty ujemne za „jakość-wyniki kontroli”, to punkty te mogą być przyznawane wyłącznie za stwierdzone w toku kontroli naruszenia dotyczące ściśle pojmowanej jakości udzielanych świadczeń. W związku z tym zasadne</p>	<p>2) niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych; 3) stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach; 4) obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 5) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.</p>
--	--	--	--	---	---





LEWIATAN

				<p>wydaje się wykreślenie z poszczególnych tabeli w załącznikach do projektu rozporządzenia takich uchybień stwierdzonych w toku kontroli, które nie dotyczą jakości świadczeń zdrowotnych, a mianowicie:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nieprawidłowego kwalifikowania udzielonych świadczeń;</li><li>2) niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych;</li><li>3) stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach;</li><li>4) obciążenia świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;</li><li>5) pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.</li></ol>	
--	--	--	--	---	--



71.		<p>III Ciągłość</p> <p>Rozliczenie ponad 90% wartości umowy zrealizowanych świadczeń na rzecz świadczeniobiorców w przedziale wiekowym 0-18</p>	<p>Kryterium wieku świadczeniodawców nie odniesione do rodzaju posiadanej umowy</p>	<p>Zbyt wysoki próg wysokości umowy dedykowanej świadczeniobiorcom wieku 0-18. Kryterium nie odnosi się do rodzaju posiadanej umowy jak również pomija całkowicie wskaźniki epidemiologiczne i popyt na świadczenia rehabilitacyjne w poszczególnych grupach wiekowych. Nieuzasadnionym jest punktowe premiowanie oddziałów świadczących specyficzne świadczenia dla dzieci. Część świadczeniodawców w związku z posiadaną infrastrukturą, personelem jak również w odniesieniu do realnych potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką nie jest w stanie spełnić kryterium. Przyczyny obiektywne uniemożliwiające otrzymanie punktu w tym zakresie. Jednocześnie preferowanie określonej grupy wiekowej jest niezgodne z zasadami równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p>	<p>Usunięcie kryterium</p>
-----	--	---	---	--	----------------------------

72.		<p>Kompleksowość 2. Sposób wykonania umowy wszystkie zakresy</p> <p>Realizacja całości umowy stanowiącej przedmiot postępowania bez udziału podwykonawców.</p>	<p>Definicja mało czytelna, może budzić wątpliwości w interpretacji , może obniżyć jakość świadczonych usług , nie jest rozwiązaniem mającym na celu optymalizację kosztową</p>	<p>Należy jasno wskazać co należy rozumieć przez pojęcie „ przedmiot postępowania”, tak aby pracownik NFZ nie miał możliwości własnej interpretacji, czy np. aby otrzymać punkty w rankingu: badania diagnostyczne , obrazowe, transport sanitarny itp. powinny być samodzielnie wykonywane, czy też świadczeniodawca może skorzystać z podwykonawców. Ponadto kryterium ogranicza korzystanie z wysoko wykwalifikowanej kadry, chętnie udzielających świadczeń na najwyższym poziomie merytorycznym i jakościowym na rzecz różnych podmiotów. Tym samym pacjentom korzystających ze świadczeń w ramach umów z NFZ ogranicza się te możliwości , zmuszając specjalistów do pracy w jednym podmiocie. Potrzeby na świadczenia w innych podmiotach będą zabezpieczać osoby niedoświadczone o niskich kompetencjach. Rozwiązanie udzielania świadczeń w pełni samodzielnie nie jest</p>	Kryterium niezasadne
-----	--	--	---	--	----------------------

				<p>optymalne kosztowo. Przeznaczenie funduszy na zabezpieczenie kadr i infrastruktury samodzielnie może wpłynąć na wzrost kosztu jednostki rozliczeniowej i mieć bezpośredni wpływ na kondycję finansową jednostki</p>	
73.		<p>I Jakość Wszystkie zakresy</p>	<p>W oddziale jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie odpowiadającej zakresowi świadczeń objętych przedmiotem postępowania.</p>	<p>Dodatknie punkty rankingujące przyznawane są w przypadku wyłącznie realizacja programów szkolenia specjalizacyjnego Realizacja szkoleń specjalizacyjnych nie zawsze jest podyktowana jakością i chęcią realizacji w/w prze świadczeniodawcę. Prowadzenie szkolenia jest podyktowane zgodą konsultanta na utworzenie miejsca specjalizacyjnego, która jest wydawana na podstawie oceny potrzeb realizacji danego zakresu szkolenia. Jak również zgodą Ministerstwa Zdrowia na finansowanie miejsca specjalizacyjnego. Jednostki, które takiej zgody nie otrzymały z przyczyn niezwiązanych z realną możliwością realizacji szkoleń – spełniają kryteria - nie powinny tracić</p>	<p>Spełnianie kryteriów umożliwiających realizację szkoleń specjalizacyjnych . Wprowadzenie również premiowania jednostek prowadzących inne formy szkolenia podyplomowego akredytowanego przez okręgowe izby lekarskie. Wprowadzenie takiego przepisu zwiększyłoby dostęp do szkoleń nieobjętych programem specjalizacji, a wymaganych w wypadku realizacji np. świadczeń wysokospecjalistycznych lub wdrażania nowoczesnych technologii medycznych.</p>





				punktów za kwestie niezależne od nich indywidualnych decyzji.	
--	--	--	--	---	--



Załącznik nr 6 – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej					
74.		Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.1 i 1.2	-zlikwidowanie zapisu dot. stałej obecności lekarza w łącznym wymiarze czasu pracy 1/2 etatu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stała obecność lekarza jest niepotrzebna w tego rodzaju zakładach.</li> <li>- proces leczenia jest zakończony</li> <li>- pacjenci korzystają z usług lekarzy w zależności od potrzeb.</li> <li>- niezrozumiały zapis dot. 1/2 etatu przy stałej obecności lekarza.</li> <li>- nie potrzebne generowanie dodatkowych kosztów dla zakładu.</li> </ul>	Lekarz specjalista w dziedzinie: Chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub medycyny ogólnej, lub chirurgii ogólnej, lub geriatry, lub gerontologii oraz psychiatrii i neurologii – w zależności od potrzeb.
75.		Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.5	Zmiana zapisu dot. Wymaganego stażu pracy dla pielęgniarek.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 letnie doświadczenie w pracy w szpitalu jest wystarczające dla pielęgniarki do podjęcia pracy w ZOL, ZPO.</li> <li>- uzupełnienie zapisu o 2 letnie doświadczenie w pracy w ZPO, ZOL, gdyż zakładu posiadające kadrę, która od wielu lat pracuje tylko w ZOL, ZPO są pozbawione dodatkowych punktów w tym kryterium</li> </ul>	Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego lub w ZPO, ZOL łącznie co najmniej 40% czasu pracy pielęgniarek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym

76.	Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.8	Zmiana/zmniejszenie liczby punktów za to kryterium	- zakłady są odpowiednio zabezpieczone w usługi fizjoterapeutów. - brak merytorycznego uzasadnienia dla zwiększania liczby fizjoterapeutów w zakładach	Liczba punktów: 3
77.	Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.9	Pozostawienie obecnego zapisu w całości	- aktualne rozporządzenie koszykowe przewiduje ½ etatu na 35 łóżek	Liczba punktów: 3
78.	Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.11	Pozostawienie obecnego zapisu w całości	- aktualne rozporządzenie koszykowe przewiduje ½ etatu na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia – z doświadczeń zakładów wynika, że jest to wystarczające.	Liczba punktów: 3
79.	Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 2.1	Zwiększenie ilości punktów za dane kryterium.	Uzyskanie Certyfikat ISO 27 001 wymaga dużego zaangażowania personelu oraz zastosowania kosztownych narzędzi technicznych do zabezpieczenia danych medycznych.	Liczba punktów: 5

80.		Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Jakość Kategoria: Pozostałe warunki Oceniany warunek: 3	Zwiększenie ilości punktów.	Pokój taki jest niezbędny dla zapewnienia dyskrecji i intymności pacjentów i ich rodzin. Spełnia również funkcję odizolowania pacjenta w ciężkim stanie lub chorobą zakaźną.	Liczba punktów: 5
81.		Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Dostępność Kategoria: Dostępność do świadczeń Oceniany warunek: 1.1 – 1.5	Usunięcie zapisów w całości	Świadczeniodawca ma obowiązek przyjmowania do opieki pacjentów zgodnie z kolejką oczekujących bez względu na ich schorzenia i skalę Barthel, jeżeli mieści się ona w granicach do 40 pkt. Odnosząc się do pkt 1.5 nie ma możliwości przyjęcia do opieki pacjenta bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji w OIT nie naruszając przepisów o prowadzeniu list oczekujących – w dzisiejszym stanie prawnym.	
82.		Tabela nr 1, pkt 1 – Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy Kryterium: Kompleksowość Kategoria: Sposób wykonywania umowy	Usunięcie zapisu w całości	Zakłady, niebędące szpitalami nie są w stanie wykonywać umowy samodzielnie i posiadać laboratoria, transporty itp. Wykonywanie umowy samodzielnie nie przekłada się na jakość świadczonych usług przez zakład.	

		Oceniany warunek: 1.1		Wymóg nieuzasadniony merytorycznie.	
83.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Personel Oceniany warunek: 1.1, 1.2, 1.3	Wymagane 2-letnie doświadczenie Nieprecyzyjna oraz nieadekwatna do świadczenia liczba wymaganych lekarzy oraz konieczność posiadania pracowników na etacie	Kryterium trudne do obiektywnej oceny a w przypadku lekarzy specjalistów chorób płuc bardzo trudne do spełnienia z uwagi na znikomą ilość specjalistów z doświadczeniem w dziedzinie co może przełożyć się na zmniejszenie dostępności pacjentów do świadczeń. Wymóg etatu nieprecyzyjny i trudny do spełnienia, np. Czy dla 100 pacjentów wystarczy 1 etat lekarski oraz czy dla 1 pacjenta potrzebny jest 1 etat lekarski? Ilość lekarzy powinna być proporcjonalna do liczby pacjentów. Poza tym większość lekarzy zarówno w placówkach publicznych jak i niepublicznych jest zatrudniona obecnie na podstawie kontraktów a nie na etatach.	Wykreślić 2-letnie wymagane doświadczenie w prowadzeniu domowej wentylacji mechanicznej Skorelować wymagany wymiar czasu zatrudnienia lekarzy z liczbą pacjentów wg wzoru: 1 pacjent = 4 godziny miesięcznie
84.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Personel	Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak lekarzy specjalistów – pozostawienie zapisu w proponowanym brzmieniu w tych regionach zmniejszy dostępność pacjentów do świadczeń	Wymagany udział specjalistów określić jako 75% w ogólnej liczbie lekarzy

		Oceniany warunek: 1.2			
85.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Personel Oceniany warunek: 1.3	Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak lekarzy specjalistów – pozostawienie zapisu w proponowanym brzmieniu w tych regionach zmniejszy dostępność pacjentów do świadczeń	Wymagany udział specjalistów określić jako 50% w ogólnej liczbie lekarzy
86.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Personel Oceniany warunek: 1.5	Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów oraz rodzaju specjalizacji	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak personelu pielęgniarskiego ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego. Wymóg „wszystkie” jest często nie do spełnienia. Udział 50% specjalistów umożliwia podmiotom sprawowanie opieki nad pacjentami chociaż za cenę mniejszej punktacji w konkursie.	<u>Pozostawić jedynie warunek:</u> Co najmniej 50% pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Pozostałe pielęgniarki z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe

					chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
87.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Personel Oceniany warunek: 1.5	Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów oraz rodzaju specjalizacji	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak personelu pielęgniarskiego ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego. Wymóg „wszystkie” jest często nie do spełnienia. Udział 50% specjalistów umożliwi podmiotom sprawowanie opieki nad pacjentami chociaż za cenę mniejszej punktacji w konkursie.	<u>Pozostawić jedynie warunek:</u> Co najmniej 50% pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Pozostałe pielęgniarki z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub

					pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
88.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Personel Oceniany warunek: 1.6	- Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów oraz rodzaju specjalizacji	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak personelu pielęgniarskiego ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego. Wymóg „wszystkie” jest często nie do spełnienia. Udział 25% specjalistów umożliwia podmiotom sprawowanie opieki nad pacjentami chociaż za cenę mniejszej punktacji w konkursie.	<u>Pozostawić jedynie warunek:</u> Co najmniej 25% pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. Pozostałe pielęgniarki z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki



					długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
89.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Kompleksowość Kategoria: Oddziały/pracownie/gabinety Oceniany warunek: 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4	Proponowane warunki nie zwiększają kompleksowości opieki domowej.	Zaproponowane warunki dotyczące kompleksowości nie zapewniają jej w odniesieniu do pacjentów wentylowanych w warunkach domowych i są do spełnienia jedynie przez szpitale o profilu pulmonologicznym co w znaczący sposób może utrudnić dostęp pacjentów do świadczeń. Niewydolność oddechowa u pacjentów wentylowanych w warunkach domowych ma różne podłoże, nie tylko w zakresie schorzeń płucnych. Podkreślenia wymaga fakt, że świadczenie dotyczy leczenia domowego	Wykreślić zupełnie warunki – 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4



LEWIATAN

				<p>chorych, u których zakończony został proces diagnostyczny i wyczerpane zostały inne metody terapeutyczne, dlatego chory taki nie wymaga żadnych dodatkowych badań, jeżeli kwalifikacja została prawidłowo przeprowadzona. Jedną z największych korzyści wentylacji domowej jest właśnie zmniejszenie częstości hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności oddechowej. Jeżeli jednak do takiego zaostrzenia dojedzie, pacjent najczęściej trafia na oddział OIT najbliższej swego miejsca zamieszkania i dlatego nie można określić tylko jednego tego typu oddziału. Wiązanie kompleksowości w zakresie wentylacji domowej z zapewnieniem leczenia szpitalnego mija się z ideą wentylacji domowej w której to kompleksowość powinna być raczej rozumiana jako możliwość dodatkowego monitorowania pacjentów w warunkach domowych</p>	
--	--	--	--	--	--



				<p>Powiązanie kompleksowości z prowadzeniem leczenia szpitalnego w proponowanym zakresie może spowodować zmniejszenie dostępności pacjentów do świadczeń.</p> <p>Poza tym promowanie prowadzenia równoległe świadczenia tlenoterapii stoi w sprzeczności z Zarządzeniem Prezesa NFZ, które określa, że nie jest możliwe jednoczesne korzystanie ze świadczenia domowego leczenia tlenem i wentylacji domowej z powodu koincydencji świadczeń. Trzeba również zaznaczyć, iż w ramach świadczenia wentylacji domowej pacjenci korzystają również z tlenoterapii.</p>	
90.		<p>Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie</p> <p>Kryterium: Kompleksowość</p> <p>Kategoria: Sposób wykonania umowy</p>	<p>Przedstawione warunki powodują możliwość ograniczenia dostępu do świadczenia i nie odnoszą się do opieki domowej nad pacjentami wentylowanymi.</p>	<p>Warunek 3.1 do spełnienia wyłącznie przez placówki szpitalne co może ograniczyć dostępność pacjentów do świadczenia. Zapisy aktualnego Rozporządzenia zapewniają dostęp do niezbędnej diagnostyki przez wszystkich świadczeniodawców.</p>	<p>Wykreślić całkowicie warunki 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5</p> <p>Pozostawić jedynie warunek 3.6.</p>

		Oceniany warunek: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5		Pozostałe warunki nie dotyczą bezpośrednio opieki w warunkach domowych	
91.		Tabela nr 1, pkt 5 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie Kryterium: Dostępność do świadczeń Oceniany warunek: 1.1	Zbyt wysoki udział pacjentów wentylowanych inwazyjnie w ogólnej liczbie pacjentów	Jest to parametr niemożliwy do uzyskania oraz idący pod prąd obecnym trendom w medycynie, gdzie celem jest utrzymywanie jak najdłużej wentylacji nieinwazyjnej. Obecnie wśród członków OSŚWM nie ma podmiotów opiekujących się pacjentami wentylowanymi inwazyjnie w udziale ponad 70%. Ustawienie takiego parametru może prowadzić do patologii związanej z przedwczesnymi decyzjami dotyczącymi wykonywania tracheostomii.	Zmniejszyć udział pacjentów wentylowanych inwazyjnie do 30%
92.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.1, 1.2, 1.3	1) Wymagane 2 letnie doświadczenie 2) Nieprecyzyjna oraz nieadekwatna do świadczenia liczba wymaganych lekarzy oraz konieczność posiadania pracowników na etacie 3) Lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc	1) Kryterium trudne do obiektywnej oceny a w przypadku lekarzy specjalistów chorób płuc bardzo trudne do spełnienia z uwagi na znikomą ilość specjalistów z doświadczeniem w dziedzinie co może przełożyć się na zmniejszenie dostępności pacjentów do świadczeń.	1) Wykreślić 2-letnie wymagane doświadczenie w prowadzeniu domowej wentylacji mechanicznej 2) Skorelować wymagany wymiar czasu zatrudnienia lekarzy z liczbą pacjentów wg wzoru: 1 pacjent = 4 godziny miesięcznie

			stanowią znikomą grupę zajmującą się dziećmi	<p>2) Wymóg etatu nieprecyzyjny i trudny do spełnienia, np. Czy dla 100 pacjentów wystarczy 1 etat lekarski oraz czy dla 1 pacjenta potrzebny jest 1 etat lekarski? Ilość lekarzy powinna być proporcjonalna do liczby pacjentów. Poza tym większość lekarzy zarówno w placówkach publicznych jak i niepublicznych jest zatrudniona obecnie na podstawie kontraktów a nie na etatach.</p> <p>3) Lekarze chorób płuc w znikomym stopniu zajmują się opieką nad dziećmi wentylowanymi mechanicznie. Znacznie ważniejszą grupą w tym świadczeniu są lekarze pediatrzy.</p>	3) Wykreślić lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób płuc i pozostawić lekarzy pediatrów
93.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentyloowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel	Ponadto dla warunku 1.2: - Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak lekarzy specjalistów – pozostawienie zapisu w proponowanym brzmieniu w tych regionach zmniejszy dostępność pacjentów do świadczeń	Wymagany udział specjalistów określić jako 75% w ogólnej liczbie lekarzy

		Oceniany warunek: 1.2			
94.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.3	Ponadto dla warunku 1.3: - Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak lekarzy specjalistów – pozostawienie zapisu w proponowanym brzmieniu w tych regionach zmniejszy dostępność pacjentów do świadczeń	Wymagany udział specjalistów określić jako 50% w ogólnej liczbie lekarzy
95.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.4	Zmiana zapisu dot. Wymaganego stażu pracy dla pielęgniarek.	- 2 letnie doświadczenie w pracy w szpitalu jest wystarczające dla pielęgniarki do podjęcia pracy w ZOL dla dorosłych mechanicznie.	Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego co najmniej 30% czasu pracy pielęgniarek udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym lub w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dorosłych wentylowanych mechanicznie.
96.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość	Pozostawienie obecnego zapisu w całości, czyli fizjoterapeuta ¼ etatu przeliczeniowego na łóżko	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak personelu pielęgniarskiego ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa	<u>Pozostawić jedynie warunek:</u> Co najmniej 50% pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i

		Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.5		anestezjologicznego. Wymóg „wszystkie” jest często nie do spełnienia. Udział 50% specjalistów umożliwia podmiotom sprawowanie opieki nad pacjentami chociaż za cenę mniejszej punktacji w konkursie.	intensywnej opieki. Pozostałe pielęgniarki z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
97.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie	Zbyt wysokie wymagania dotyczące udziału procentowego specjalistów oraz rodzaju specjalizacji	W wielu regionach kraju występuje chroniczny brak personelu pielęgniarzkiego ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa	

		<p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p> <p>Oceniany warunek: 1.6</p>		<p>anestezjologicznego. Wymóg „wszystkie” jest często nie do spełnienia.</p> <p>Udział 25% specjalistów umożliwia podmiotom sprawowanie opieki nad pacjentami chociaż za cenę mniejszej punktacji w konkursie.</p>	
98.		<p>Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie</p> <p>Kryterium: Jakość</p> <p>Kategoria: 1. Personel</p> <p>Oceniany warunek: 1.8</p>	<p>Pozostawienie obecnego zapisu w całości</p>	<p>- aktualne rozporządzenie koszykowe przewiduje ½ etatu na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia – z doświadczeń zakładów wynika, że jest to wystarczające.</p>	<p><u>Pozostawić jedynie warunek:</u></p> <p>Co najmniej 25% pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Pozostałe pielęgniarki z rocznym doświadczeniem zawodowym i ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w</p>



					zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.
99.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Zewnętrzna ocena – system zarządzania Oceniany warunek: 3.1	Zwiększenie ilości punktów za dane kryterium.	Uzyskanie Certyfikat ISO 27 001 wymaga dużego zaangażowania personelu oraz zastosowania kosztownych narzędzi technicznych do zabezpieczenia danych medycznych.	Liczba punktów: 5
100.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Jakość Kategoria: Pozostałe warunki Oceniany warunek: 4	Zwiększenie ilości punktów.	Pokój taki jest niezbędny dla zapewnienia dyskrecji i intymności pacjentów i ich rodzin. Spełnia również funkcję odizolowania pacjenta w ciężkim stanie lub chorobą zakaźną.	Liczba punktów: 5

101.		<p>Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie</p> <p>Kryterium: Kompleksowość</p> <p>Kategoria: Oddziały/ pracownie/gabiety</p> <p>Oceniany warunek: 1.1, 2.1, 2.2, 2.3</p>	<p>Proponowane warunki nie zwiększają kompleksowości opieki domowej.</p>	<p>Zaproponowane warunki dotyczące kompleksowości nie zapewniają jej w odniesieniu do pacjentów wentylowanych w warunkach domowych i są do spełnienia jedynie przez szpitale o profilu pulmonologicznym co w znaczący sposób może utrudnić dostęp pacjentów do świadczeń. Niewydolność oddechowa u pacjentów wentylowanych w warunkach domowych ma różne podłoże, nie tylko w zakresie schorzeń płucnych. Podkreślenia wymaga fakt, że świadczenie dotyczy leczenia domowego chorych, u których zakończony został proces diagnostyczny i wyczerpane zostały inne metody terapeutyczne, dlatego chory taki nie wymaga żadnych dodatkowych badań, jeżeli kwalifikacja została prawidłowo przeprowadzona. Jedną z największych korzyści wentylacji domowej jest właśnie zmniejszenie częstości hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności oddechowej. Jeżeli jednak do takiego</p>	<p>Wykreślić zupełnie warunki – 1.1, 2.1, 2.2, 2.3</p>
------	--	---	--	--	--



LEWIATAN

				<p>zaostżenia dojedzie, pacjent najczęściej trafia na oddział OIT najbliższej swego miejsca zamieszkania i dlatego nie można określić tylko jednego tego typu oddziału. Wiązanie kompleksowości w zakresie wentylacji domowej z zapewnieniem leczenia szpitalnego mija się z ideą wentylacji domowej w której to kompleksowość powinna być raczej rozumiana jako możliwość dodatkowego monitorowania pacjentów w warunkach domowych</p> <p>Powiązanie kompleksowości z prowadzeniem leczenia szpitalnego w proponowanym zakresie może spowodować zmniejszenie dostępności pacjentów do świadczeń.</p> <p>Poza tym promowanie prowadzenia równolegle świadczenia tlenoterapii stoi w sprzeczności z Zarządzeniem Prezesa NFZ, które określa, że nie jest możliwe jednoczesne korzystanie ze świadczenia domowego leczenia tlenem i wentylacji domowej z powodu koincydencji</p>	
--	--	--	--	--	--



				świadczeń. Trzeba również zaznaczyć, iż w ramach świadczenia wentylacji domowej pacjenci korzystają również z tlenoterapii.	
102.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Kompleksowość Kategoria: Sposób wykonania umowy Oceniany warunek: 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5	Przedstawione warunki powodują możliwość ograniczenia dostępu do świadczenia i nie odnoszą się do opieki domowej nad pacjentami wentylowanymi.	Warunek 3.1 do spełnienia wyłącznie przez placówki szpitalne co może ograniczyć dostępność pacjentów do świadczenia. Zapisy aktualnego Rozporządzenia zapewniają dostęp do niezbędnej diagnostyki przez wszystkich świadczeniodawców.  Pozostałe warunki nie dotyczą bezpośrednio opieki w warunkach domowych	Wykreślić całkowicie warunki 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 Pozostawić jedynie warunek 3.6
103.		Tabela nr 1, pkt 6 – Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie Kryterium: Dostępność Kategoria: Dostępność do świadczeń Oceniany warunek: 1.1	Zbyt wysoki udział pacjentów wentylowanych inwazyjnie w ogólnej liczbie pacjentów	Jest to parametr niemożliwy do uzyskania oraz idący pod prąd obecnym trendom w medycynie, gdzie celem jest utrzymywanie jak najdłużej wentylacji nieinwazyjnej. Obecnie wśród członków OSŚWM nie ma podmiotów opiekujących się pacjentami wentylowanymi inwazyjnie w udziale ponad 70%. Ustawienie takiego	Zmniejszyć udział pacjentów wentylowanych inwazyjnie do 30%

				parametru może prowadzić do patologii związanej z przedwczesnymi decyzjami dotyczącymi wykonywania tracheostomii.	
104.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.1, 1.2	Zlikwidowanie zapisu dotyczącego równoważnika etatu i wprowadzenie zapisu dotyczącego procentowego udziału zatrudnionych pielęgniarek oraz zmiana dot. ilości punktów za to kryterium.	- wobec ogólnego braku pielęgniarek na rynku pracy zaostżanie kryteriów dot. kwalifikacji jest bardzo trudne do przeprowadzenia - ilość specjalistek pielęgniarstwa na rynku jest bardzo mała - procentowy udział specjalistek w całości zatrudnionego personelu wydaje się bardziej sprawiedliwy i miarodajny - specjalizację uzyskuje konkretna osoba, a nie równoważnik etatu - zmniejszenie ilości punktów odzwierciedla znaczenie kryterium w ogólnej ocenie oferty ( gdyż wszystkie pielęgniarki posiadają obowiązkowo kurs kwalifikacyjny z wybranego zakresu).	1.1 Pielęgniarka z ukończoną specjalizacją w dziedzinie: 1) opieki długoterminowej, lub 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub 6) pielęgniarstwa środowiskowo rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej - 10 % zatrudnionych pielęgniarek. Liczba punktów - 6  1.2 Pielęgniarka z ukończoną specjalizacją w dziedzinie: 1)

					<p>opieki długoterminowej, lub 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub 6) pielęgniarstwa środowiskowo rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej - 5 % zatrudnionych pielęgniarek. Liczba punktów: 3</p>
105.		<p>Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.3, 1.4</p>	<p>Zlikwidowanie zapisu dotyczącego równoważnika etatu i wprowadzenie zapisu dotyczącego procentowego udziału zatrudnionych pielęgniarek.</p>	<p>- procentowy udział zatrudnionego personelu przekłada się na rzeczywiste doświadczenie pielęgniarek w danym zakładzie, co stanowi najistotniejszy element bezpośrednio przekładający się na poziom usług i opiekę nad pacjentem, - świadczenie usług domowych przez personel z doświadczeniem w tychże</p>	<p>1.3 Pielęgniarka z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – 50% zatrudnionego personelu. Liczba punktów: 18  1.4 Pielęgniarka z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w</p>

				usługach, ma bezpośrednie przełożenie na jakość usług zakładu	udzielaniu świadczeń w warunkach domowych – 30% zatrudnionego personelu. Liczba punktów: 10
106.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Kryterium: Jakość Kategoria: 1. Personel Oceniany warunek: 1.5, 1.6	Zmniejszenie liczby procentowej pielęgniarek zatrudnionych w wymiarze równoważnika 1 etatu. Zmniejszenie liczby punktów za spełnienie tego kryterium.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brak merytorycznego uzasadnienia i powiązania wymiaru zatrudnienia z jakością usług,</li> <li>- wymiar zatrudnienia nie gwarantuje jakości świadczeń,</li> <li>- brak kadry pielęgniarskiej uniemożliwia spełnienie tego warunku,</li> <li>- przyszłością w wolnych zawodach jest praca na kontraktach.</li> </ul>	<p>1.5 Co najmniej 20% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu. Liczba punktów: 10</p> <p>1.6 Co najmniej 10% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu. Liczba punktów: 5</p>
107.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Kryterium I: Jakość Kategoria: 2. Realizacja wybranych świadczeń: Oceniany warunek: 2.1	Usunięcie w całości tego zapisu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- brak możliwości na etapie przygotowywania oferty oszacowania liczby i rodzaju procedur, które będą wykonywane u pacjentów w trakcie trwania umowy,</li> <li>- pacjenci są kwalifikowani do opieki na podstawie skali Barthel, a nie procedur</li> <li>- większość procedur jest niezgodna z kompetencjami pielęgniarek i niemożliwa do wykonania w warunkach domowych,</li> </ul>	

				- niektóre procedury są przestarzałe i nie są nigdy wykonywane np. założenie opatrunku Roberta Jonesa jest stosowane w weterynarii.....	
108.		<p>Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa</p> <p>Kryterium II: Dostępność</p> <p>Kategoria: 1. Dostępność do świadczeń:</p> <p>Oceniany warunek: 1.1, 1.2, 1.4, 1.5</p>	Usunięcie zapisów w tej kategorii	<p>- wg. aktualnego koszyka świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić ciągłość i dostępność do świadczeń 7 dni w tygodniu w zależności od stanu pacjenta i zleceń lekarskich i nie dotyczy to tylko pacjentów ze skalą Barthel 0-15pkt tylko wszystkich pacjentów,</p> <p>- koszyk świadczeń gwarantuje opiekę dla wszystkich pacjentów , którzy w skali Barthel uzyskali od 0 do 40 pkt, dlatego nie możemy dzielić pacjentów i grupować wg. skali Barthel</p> <p>- podział pacjentów na 2 grupy nie ma uzasadnienia finansowego, gdyż za objęciem opieką pacjenta ze skalą 0-15 pkt nie idzie równolegle np. dodatkowy współczynnik korygujący</p> <p>- przygotowując ofertę nie jesteśmy w stanie jako realizatorzy umowy</p>	



				<p>przewidzieć, jakich pacjentów, z jaką skalą i z jaką jednostką chorobową obejmujemy opieką,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nie możemy również założyć i przewidzieć okresu objęcia pacjenta opieką długoterminową</li> <li>- przygotowując ofertę i zaznaczając w niej te kryteria, jako spełniam - świadczeniodawcy będą oświadczać nieprawdę</li> </ul>	
109.		<p>Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa</p> <p>Kryterium II: Dostępność</p> <p>Kategoria: 1. Dostępność do świadczeń:</p> <p>Oceniany warunek: 1.3</p>	<p>Zwiększenie ilości punktów za dane kryterium.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- w czasie pobytu pacjenta w szpitalu zakład nie może przyjąć na jego miejsce innego/nowego pacjenta , więc traci finansowanie, a pielęgniarka nie otrzymuje wynagrodzenia</li> <li>- zapewnienie pacjentowi będącemu w szpitalu miejsca w opiece długoterminowej powinno być ściśle określone np. 14 dni tak jak w przypadku pacjentów w ZOL.</li> </ul>	<p>1.3 Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu – w ostatnim roku kalendarzowym.</p> <p>Liczba punktów: 10</p>
110.		<p>Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa</p> <p>Kryterium III: Ciągłość</p>	<p>Zwiększenie ilości punktów za dane kryteria.</p>	<p>Te kryteria są bardzo istotne dla zapewnienia ciągłości opieki u pacjentów po hospitalizacji , ale również takich,</p>	<p>1.1 Liczba punktów: 10</p> <p>1.2 Liczba punktów: 10</p>

		Kategoria: 1. Ciągłość: Oceniany warunek: 1.1, 1.2		którzy już nie kwalifikują się do opieki długoterminowej, ale wymagają pomocy ze strony państwa ( OPS). Umowa współpracy z OPS jest przedłużeniem opieki długoterminowej.	
111.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Tabela nr 2. I. Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości: Oceniany warunek: 11	Usunięcie tego zapisu.	Zapis ten jest niezgodny z Kartą Praw Pacjenta - pacjent ma prawo wyboru świadczeniodawcy. W przypadku posiadania przez świadczeniodawcę wolnych miejsc, zakład powinien mieć możliwość przyjęcia pacjenta spoza miejsca nieobjętego umową, gdyż pacjent powinien mieć prawo wyboru świadczeniodawcy spoza swojego miejsca zamieszkania.	
112.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Tabela nr 2. II. Jakość Oceniany warunek: 1	Zwiększenie ilości punktów za to kryterium.	Certyfikat ISO 9001 porządkuje zarządzanie i obieg dokumentacji w firmie. Jest to również spory wydatek finansowy dla świadczeniodawców.	Liczba punktów: 10
113.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Tabela nr 2.	Usunięcie tych zapisów w całości.	Każda świadczeniodawca musi posiadać personel będący w jego dyspozycji. Na mocy podpisanej umowy z pielęgniarkami	

		<p>III. Dostępność</p> <p>Oceniany warunek: bez numerów; dotyczący braku realizacji świadczeń w zakresie personelu wykazanego w harmonogramie umowy ( 4 wiersze).</p>		<p>- mimo, że nie realizują one w danym momencie umowy – pozostają do dyspozycji pracodawcy. Świadczeniodawca, który nie posiada personelu zgodnie z umową i przepisami prawa nie powinien móc w ogóle świadczyć usług w określonym zakresie.</p>	
114.		<p>Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Tabela nr 2. IV. Ciągłość: Oceniany warunek: 1</p>	Zwiększenie liczby punktów.	Ciągłość realizacji umowy powinna być odpowiednio gratyfikowana.	Liczba punktów: 10
115.		<p>Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Tabela nr 2. IV. Ciągłość: Oceniany warunek: 2</p>	Zmiana dotycząca zmniejszenia liczby lat realizacji procesu leczenia nieprzerwanie. Zwiększenie liczby punktów.	Większość zakładów realizujących ten zakres opieki posiada umowy 3-letnie, świadczeniodawcy posiadający umowy 5-letnie w dniu złożenia oferty również nie będą spełniać tego wymogu, gdyż zabraknie im 3 miesięcy do całych 5 lat. - świadczeniodawca realizujący umowę od 3 lat posiada odpowiednie doświadczenie co przekłada się bezpośrednio na jakość opieki.	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 3 lat. Liczba punktów: 5

116.		Pkt 7 – Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa Tabela nr 2. IV. Ciągłość Oceniany warunek: 3	Zmiana dotycząca zmniejszenia liczby lat realizacji procesu leczenia nieprzerwanie. Zwiększenie liczby punktów.	Większość zakładów realizujących ten zakres opieki posiada umowy 3-letnie, świadczeniodawcy posiadający umowy 5-letnie w dniu złożenia oferty również nie będą spełniać tego wymogu, gdyż zabraknie im 3 miesięcy do całych 5 lat.	3. W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 7 lat.  Liczba punktów: 10
117.		Tabela nr 2, pkt I – Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości Warunek: 4-6 i 11	Zmodyfikować zakres oceny w zależności od realizowanego świadczenia	Nie dotyczy przedmiotu: wentylacja domowa dzieci i dorosłych – brak możliwości weryfikacji godzin pracy lekarzy (umowy kontraktowe pomiędzy podmiotami gospodarczymi), podobnie warunek 11 – świadczenie jest wykonywane w domu pacjenta	Zmodyfikować zakres oceny w zależności od realizowanego świadczenia
118.		Tabela nr 2, pkt II – Jakość Warunek 1		Certyfikat jakościowy ISO 9001 wymaga spełnienia od podmiotu szeregu wymagań poprawiających jakość świadczonych usług oraz usprawniających organizację przedsiębiorstwa. Tak znaczne obniżenie punktacji przestaje promować wysiłki mające na celu poprawę jakości usług i	Liczba punktów: 5

				<p>funkcjonowania podmiotów medycznych. Podmioty certyfikowane podlegają corocznym audytom jakościowym. Ponadto w poprzednich postępowaniach konkursowych kryterium to było punktowane w wymiarze 5 punktów.</p>	
119.		Tabela nr 2, pkt II – Jakość Warunek 3	Drukowanie recept i skierowań nie powinno dotyczyć opieki domowej	Warunek drukowania recept i skierowań w domu pacjenta niemożliwy do spełnienia w opiece domowej	Pozostawić punkty za dokumentację elektroniczną, ale wykreślić drukowanie recept i skierowań poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku
120.		Tabela nr 2, pkt II – Dostępność Warunek 3-6	Warunki sprzeczne ze świadczeniem wentylacji domowej	<p>Nie dotyczy wentylacji domowej z następujących powodów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Podmioty, do których kierowani są pacjenci muszą utrzymywać w gotowości personel w różnych miejscach w województwie, bo nie wiedzą z którego szpitala będzie kierowany pacjent i gdzie jest jego miejsce zamieszkania</li> <li>- Podmioty są zobowiązane do utrzymywania personelu w gotowości na ewentualne zastępstwa oraz dodatkowe wizyty zgodnie z Rozporządzeniem MZ,</li> </ul>	Wykreślić całkowicie warunki 3, 4, 5, 6

				<p>które reguluje jedynie minimalną ilość wizyt domowych</p> <p>- Ponadto w przypadku śmierci pacjenta personel nierealizujący już świadczenia pozostaje w gotowości do objęcia opieką kolejnych pacjentów i nie jest wykreślany z harmonogramów</p>	
121.		Tabela nr 2, pkt V – Inne	Zwiększenie liczby punktów.	Zakłady, które podjęły się współpracy z AOTMiT w zakresie wyceny procedur, wykonały wielką pracę i włożyły ogromny wysiłek w przygotowanie danych, które posłużyły do wycenienia świadczeń.	Liczba punktów: 5 oraz doprecyzowanie, że za współpracę uważa się również wykonaną już umowę przekazania danych do Agencji
122.		Załącznik nr 9 – świadczenia odrębnie kontraktowane			
123.		Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych Kryterium Jakość Kategoria: 1. Personel	Zmiana przelicznika w zakresie lekarzy.	Proponujemy, aby uwzględnić przelicznik ilości etatów przypadających na ilość pacjentów tak aby jednostki świadczące usługi w regionach oddalonych od dużych podmiotów leczniczych – wojewódzkich, klinik mogły zapewnić świadczenia na swoim terenie zwiększając tym samym dostępność do świadczeń na poziomie ogólnokrajowym. Proponujemy przyjęcie	1.1 Lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych – co najmniej 1



LEWIATAN

				<p>przelicznika lekarz specjalista w dziedzinie medycyny, w której program szkolenia do uzyskania specjalizacji obejmuje żywienie dojelitowe, posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego w warunkach domowych co najmniej równoważnik 1 etatu na 150 pacjentów. Podyktowane jest to charakterem pracy- wg płatnika wizyty lekarskie powinny być wykonywane min. 1 raz na 3 miesiące. Ilość personelu szacowana jest z naddatkiem i obejmuje czas wypełniania dokumentacji lekarskiej, dojazdu do pacjentów i czas wizyty. Szacunkowo 1 równoważnik etatu to 168 godzin miesięcznie, aby objąć opieką 150 pacjentów i wykonać u nich wizyty 1 na 3 miesiące konieczne jest statystycznie 50 wizyt miesięcznie, czyli łącznie z dojazdem ok. 80 godzin, dodatkowo czas potrzebny na dokonanie analiz badań i opisów 50 pacjentów to szacunkowo 50h miesięcznie. To daje 130 godzin</p>	<p>równoważnik etatu na 150 pacjentów.</p>
--	--	--	--	--	--



				<p>miesięcznie na planowane działania (czas zawyżony) oraz 38 godziny miesięcznie , czyli ok. 1 godziny dziennie przeznaczone na działania dodatkowe, nieprzewidziane w harmonogramie udzielania świadczeń i inne działania lekarskie. Czas ten nie obejmuje pracy w poradni gastroenterologicznej i świadczenia tam dodatkowych usług gdyż nie są one finansowane przez płatnika. Takie podejście wydaje się słuszne z uwagi na ekonomizację i zwiększenie wydajności procedury w ujęciu ogólnokrajowym. Większa ilość równoważników etatu na pacjenta może być dodatkowo punktowana.</p>	
124.		<p>Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych Kryterium Jakość Kategoria: 1. Personel</p>	<p>Zmiana przelicznika w zakresie pielęgniarek</p>	<p>brak przelicznika równoważnika etatu na ilość pacjentów doprowadza do nieprawidłowości w postaci albo przerostu zatrudnienia, albo zbyt małej jego ilości w stosunku do potrzeb- sprowadza się do preferowania jednostek obejmujących opieką określoną liczbę pacjentów. Z uwagi na fakt, że wizyty</p>	<p>1.2 Pielęgniarki posiadające zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego – co najmniej 1 równoważnik etatu na 100 pacjentów.</p>





LEWIATAN

				<p>pielęgniarskie wg wymogów płatnika powinny odbywać się w ilości 1 na 2 miesiące przelicznik powinien być następujący 1 równoważnik etatu na 100 pacjentów. Średnio miesięcznie pielęgniarka będzie obejmować 50 pacjentów miesięcznie co razem z dojazdem wynosi ok 80 godzin. Następnie 50 godzin zabezpieczono na procesy administracyjne, uzupełnianie dokumentacji. To daje 130 godzin miesięcznie na działania planowane czyli zostaje 38 godzin na działania nieplanowane w postaci konsultacji, analiz itp. co daje ok. 1 godziny dziennie. Czas ten nie obejmuje pracy w poradni gastroenterologicznej i świadczenia tam dodatkowych usług gdyż nie są one finansowane przez płatnika. Takie podejście wydaje się słuszne z uwagi na ekonomizację i zwiększenie wydajności procedury w ujęciu ogólnokrajowym. Większa ilość równoważników etatu na</p>	
--	--	--	--	---	--



				pacjenta może być dodatkowo punktowana.	
125.		Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych Kryterium Jakość Kategoria: 1. Personel	Zmiana przelicznika	Wymagania co do zatrudnienia Dietetyka w pełnym wymiarze godzin bez przelicznika równoważnika etatu na pacjenta są niezasadne. Uczestniczenie dietetyka w świadczeniu żywienie dojelitowe w warunkach dojelitowych jest znacznie ograniczone wymaganiami płatnika, który określa żywienie specjalistycznymi dietami przemysłowymi jako główne. Dietetyk spełnia rolę konsultanta lekarza prowadzącego. Z tego powodu nie ma potrzeby zatrudniania dietetyka w pełnym wymiarze godzin. Szacunkowo dietetyk powinien świadczyć usługi w ilości średniomiesięcznej ilości wizyt lekarskich w ilości ok. 45 minut na liczbę wizyt czyli na poziomie 0,2 równoważnika etatu na 100 pacjentów.	1.3 Dietetyk – co najmniej 0,2 równoważnika etatu na 100 pacjentów
126.		Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych	Zmiana przelicznika	Fizjoterapeuta powinien świadczyć usługi w zakresie doradztwa, a nie realizować świadczenia fizjoterapeutyczne z zakresu	Fizjoterapeuta: liczba punktów: 1

		Kryterium Jakość Kategoria: 1. Personel		fizjoterapii (na świadczenie to zawierane są odrębne kontrakty) w leczeniu żywieniowym. Jak przedłożono w projekcie rozporządzenia świadczeniodawca powinien mieć dostęp do fizjoterapeuty, a wartość równoważnika etatu powinna być dobierana indywidualnie.	
127.		Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych Kryterium Jakość Kategoria: 1. Personel	Zmiana przelicznika	Usługi świadczone przez psychologa nie powinny być świadczone jako kompleksowa terapia gdyż świadczenia te są kontraktowane w innej grupie świadczeń. Świadczenia psychologa powinny polegać na konsultacji pacjentów wymagających konsultacji i na ewentualnej pomocy rodzinie w sytuacjach kryzysowy i pokierowaniu ich do odpowiednich świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu psychiatrii i psychoterapii. Z tego tytułu należy przyjąć szacunkowo, że powinien świadczyć usługi w ilości średniomiesięcznej ilości wizyt lekarskich w ilości ok. 45 minut na liczbę wizyt czyli	1.5 Magister psycholog lub psycholog kliniczny – co najmniej 0,2 równoważnika etatu na 100 pacjentów.

				na poziomie 0,2 równoważnika etatu na 100 pacjentów.	
128.		Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych Kryterium Jakość Kategoria: 1. Personel	dodanie	W projekcie niewymieniony jest zasób personelu w postaci farmaceuty. Farmaceuta bezpośrednio nie uczestniczy w realizacji świadczeń, jednak zapewnienie dostępu do jego usług jest pomocne w realizacji świadczenia. Farmaceuta ma za zadanie udzielać odpowiedzi na pytania lekarza oraz personelu pielęgniarskiego związane z leczeniem żywieniowym-reakcje leków z dietami przemysłowymi, ustalanie leczenia żywieniowego oraz uzupełnianie ewentualnych niedoborów składników odżywczych w postaci leków/suplementów diety w sposób bezpieczny i profesjonalny. Z uwagi na fakt, że konsultacje farmakologiczne są rzadkie, ważne jest aby personel miał możliwość uzyskania informacji- nie ma konieczności stałego zatrudnienia farmaceuty w określonej liczbie godzin.	1.5a Farmaceuta posiadający zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu żywienia dojelitowego

129.		Tabela nr 1, pkt 6 – żywienie dojelitowe w warunkach domowych Kryterium Kompleksowość Kategoria: 1. Dostęp do badań i zabiegów	Zmiana kryteriów	W kryterium kompleksowość należy zachować poprzednie warunki udzielania świadczeń. Wymóg co do prowadzenia specjalistycznych oddziałów dających zaplecze medyczne wydaje się z zasady słuszne, jednak w ujęciu ogólnokrajowym doprowadzi do redukcji dostępu świadczeniobiorców z mniejszych miejscowości do świadczenia leczenia żywieniowe w warunkach domowych. Aby prawidłowo realizować świadczenie konieczny jest dostęp (tak jak było zawarte w poprzednich wytycznych) a nie posiadanie. W większości świadczenie leczenie żywieniowe w warunkach domowych jest realizowane w domu i nie wymaga specjalistycznych zabiegów w warunkach szpitalnych, a hospitalizacja w tym świadczeniu jest zazwyczaj tylko w chwili założenia dostępu enteralnego więc niezasadnym wydaje się fakt posiadania zaplecza szpitalnego jako warunku koniecznego do realizacji	1.1 Realizacja umowy o udzielanie świadczeń w zakresie których realizowana jest procedura żywienie dojelitowe.	5
					1.2 Zapewnienie hospitalizacji we właściwym przedmiotowo oddziale szpitalnym w przypadku podejrzenia lub wystąpienia powikłań leczenia oraz innych wskazań wymagających leczenia szpitalnego związanych z leczeniem żywieniowym – wpisanym w rejestrze, część VIII kodu resortowego.	2
					1.3 Dostęp do badań i procedur medycznych : 1. Laboratorium diagnostyczno-	2



LEWIATAN

				<p>świadczenia tym bardziej, że świadczenia szpitalne są finansowane z innych kontraktów i przeczą idei zwiększenia wydajności i ekonomizacji opieki nad pacjentem w warunkach domowych.</p> <p>Poprawnym merytorycznie wydaje się także zamiana/dodanie ocenianego warunku do kryterium kompleksowości następującego zapisu, który jest kilkakrotnie wykorzystywany i poprawny logicznie i merytorycznie : „Oferent realizuję umowę o udzielanie świadczeń w zakresie, których realizowana jest procedura żywienie dojelitowe”. Dzięki temu zapisowi preferowani są świadczeniodawcy prowadzący już w innych jednostkach leczenie żywieniowe i mający zaplecze kadrowe, merytoryczne w postaci innych zasobów świadczeniodawcy w innych jednostkach (możliwość konsultacji, doświadczenie zawodowe w świadczeniu leczenie żywieniowe). Zapis ten w poprzednich wymaganiach co do świadczenia</p>	<p>biochemicznego, czynnego całą dobę;</p> <p>2. Laboratorium mikrobiologicznego;</p> <p>3. Zakładu radiologii i diagnostyki obrazowej, czynnego całą dobę;</p> <p>4. Pracowni endoskopii przewodu pokarmowego;</p>	
					<p>1.4 Zapewnienie realizacji badań laboratoryjnych: jonogram, glikemia, mocznik i kreatynina w surowicy, białko i albuminy, bilirubina, AspaAT, AIAT, GGTP, AP, morfologia, stężenie trójglicerydów, cholesterolu, CRP, układ krzepnięcia, badanie ogólne moczu</p>	2





LEWIATAN

				<p>żywienie dojelitowe w warunkach domowych miał na celu zwiększenie dostępności świadczeń dla świadczeniobiorców. Należy dążyć do utrzymania oraz zwiększania dostępności świadczeń obywatelom, a nie do jego redukcji.</p> <p>Ważne jest także aby zmusić personel medyczny do świadczenia wizyt w warunkach domowych. Jest to ważne z uwagi na trudności w przemieszczeniu się pacjenta oraz oceny jego środowiska domowego. Jak wspomniano wyżej także w ujęciu ogólnokrajowym pozwoli to zaoszczędzić koszty transportu medycznego. Dodatkowo zmusi to personel medyczny do rzetelnej oceny pacjenta- dokonania badań antropometrycznych.</p> <p>Niedopuszczalnym jest fakt, aby świadczenia z zakresu leczenia żywieniowego były świadczone bez rzetelnych podstaw czyli dokonania badań laboratoryjnych krwi, moczu oraz</p>	<table border="1"><tr><td>- powyższe badania co najmniej raz na kwartał</td><td></td></tr><tr><td>1.5 Zapewnienie konsultacji w zakresie leczenia żywieniowego- według potrzeb</td><td>2</td></tr></table>	- powyższe badania co najmniej raz na kwartał		1.5 Zapewnienie konsultacji w zakresie leczenia żywieniowego- według potrzeb	2
- powyższe badania co najmniej raz na kwartał									
1.5 Zapewnienie konsultacji w zakresie leczenia żywieniowego- według potrzeb	2								





LEWIATAN

				antropometrycznych takich jak np. zwarzenie pacjenta.									
130.			Modyfikacja kategorii 2	<p>Zapis o konieczności bloku operacyjnego jest powtórzeniem zapisu o konieczności zapewnienia hospitalizacji i nie powinien być brany pod uwagę jako zdublowany oceniany warunek</p> <p>Z uwagi na znaczne różnice organizacyjne podmiotów leczniczych wymóg posiadania apteki szpitalnej nie może być brany pod uwagę jako oceniany warunek. Zamiast tego należy zmienić zapis na taki uwzględniający także dział farmacji szpitalnej, jako jednostkę sprawującą opiekę nad prawidłową dystrybucją leków i mieszanin żywieniowych.</p>	<table border="1"><tr><td>2.</td><td>Poradnie/ oddziały/ pracownie</td><td>2.1. Poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywnościowo dojelitowo w warunkach domowych.</td><td>2</td></tr><tr><td></td><td></td><td>2.2. Oferent posiada w swoich strukturach aptekę szpitalną lub aptekę zakładową lub dział farmacji szpitalnej.</td><td>2</td></tr></table>	2.	Poradnie/ oddziały/ pracownie	2.1. Poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywnościowo dojelitowo w warunkach domowych.	2			2.2. Oferent posiada w swoich strukturach aptekę szpitalną lub aptekę zakładową lub dział farmacji szpitalnej.	2
2.	Poradnie/ oddziały/ pracownie	2.1. Poradnia prowadząca leczenie pacjentów żywnościowo dojelitowo w warunkach domowych.	2										
		2.2. Oferent posiada w swoich strukturach aptekę szpitalną lub aptekę zakładową lub dział farmacji szpitalnej.	2										
131.				W projekcie rozporządzenia brak jest szczegółowych wytycznych co do									







LEWIATAN

				<p>świadczenia usług np. rodzajów badań wymaganych przy świadczeniu usług. Brak wyszczególnienia jakie badania są niezbędne w ramach realizacji świadczeń spowoduje, że nie będą one wykonywane co w znaczący sposób w skali ogólnokrajowej przełoży się do zawężenia diagnostyki laboratoryjnej (w ramach nieodpowiedzialnego działania mającego na celu redukcję kosztów świadczeń) i może mieć wpływ na jakość świadczonych usług, zdrowie i życie pacjenta- leczenie żywieniowe realizowane jest zazwyczaj u pacjentów ciężko chorych, zagrożonych powikłaniami metabolicznymi i niewydolnością różnych narządów i grup narządów.</p>	
--	--	--	--	---	--

Konfederacja Lewiatan, 7 stycznia 2016 r.

KL/.../.../DB/2016

member of **BUSINESSEUROPE**



Konfederacja Lewiatan  
ul. Zbyszka Cybulskiego 3  
00-727 Warszawa

tel.(+48) 22 55 99 900  
fax (+48) 22 55 99 910  
lewiatan@konfederacjalewiatan.pl  
www.konfederacjalewiatan.pl

NIP 5262353400  
KRS 0000053779  
Sąd Rejonowy dla  
m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy KRS

