

- Głównym źródłem finansowania POZ jest stawka kapitulacyjna NFZ - taki ryczałt miesięczny
- Stawka kapitulacyjna wynika bezpośrednio z ilości zapisanych pacjentów, struktury wiekowej populacji oraz innych czynników takich jak określona chorobowość - konkretne rozpoznania - ale to już temat na inne spotkanie

# PŁATNOŚĆ RYCZAŁTOWA POZ – CO OBEJMUJE? CZEGO OCZEKUJE NFZ?

---

WSZYSTKO!

- Badania laboratoryjne
- Badania obrazowe
- Badania czynnościowe
- ..i wszelkie inne koszty bieżące podmiotu leczniczego - personel, prąd, śmieci..

# JAK TO JEST Z „REFUNDACJĄ” BADAŃ PRZEZ NFZ

---

- Często niezrozumiane zagadnienie - zarówno przez pacjentów jak i medyków
- Większość opłacana ryczałtowo - diagnostyka uszczupla zasoby POZ - NFZ nic nie „refunduje”, za wszystko płaci POZ
- Część opłacana na zasadzie fee for service - budżet określany jest przez NFZ na podstawie populacji zadeklarowanych pacjentów - najpierw lekarz zleca badania, POZ je opłaca a potem je rozlicza dla zwrotu z NFZ
- Część jest zupełnie bezkosztowa dla POZ
  
- Z ogólnego założenia koszty diagnostyki to ok. 10-20% wydatków POZ

” A doktor specjalista powiedział, żebym te badania od rodzinnego dostał...

*Niestety - codzienność POZ*

*I już Ci ciśnienie skacze! A co dopiero jak to zlecenie jest od dietetyka czy psychologa..*

# ZASADY DZIAŁANIA DIAGNOSTYKI W POZ

---

## *Solidarność społeczna*

- Młodzi „finansują” diagnostykę starszych a zdrowi - chorych.
- Nie ma badań „profilaktycznych” dla młodych osób poza programem CHUK - ciśnienie, lipidy, glukoza, antropometria. (Profilaktyka 40+ nie jest ściśle częścią diagnostyki POZ)
- Starsi i przewlekle chorzy pacjenci wymagają regularnej i kosztochłonne diagnostyki
- (ale żeby nie było to każdy wymaga specyficznych zasobów - dzieci szczepień/bilansów i krótkich/częstych terminów a młodzi dorośli - natychmiastowej dostępności)

# BADANIA W „KOSZYKU” POZ – SZCZEGÓŁY PORUSZĘ W KOLEJNEJ CZĘŚCI

---

- **Badania krwi, moczu i kału - to zdecydowanie większość Twoich zleceń diagnostycznych**
- **Posiewy**
- **Badania USG -**
- **Badania RTG - w tym tomografia klatki piersiowej (badanie kosztochłonne - bezpłatne)**
- **EKG w spoczynku**
- **Badania endoskopowe (badanie kosztochłonne - bezpłatne)**
-

# PODMIOTY REALIZUJĄCE OPIEKĘ KOORDYNOWANĄ MAJĄ TAKŻE

---

- EKG wysiłkowe
- Badania Holterowskie - ABPM i EKG
- Spirometria z próbą rozkurczową
- echokardiografia, USG doppler
- Biopsja tarczycy

# DWIE NOWOŚCI W OPIECE PODSTAWOWEJ

---

- Budżet powierzony - kilka badań z limitem wykonań
- Opieka koordynowana - nowe ścieżki diagnostyczne z limitem wykonań
- Obie pozycje to fee for service przy czym opieka koordynowana nie obejmuje każdego POZ tak jak budżet powierzony
- Bardzo łatwo „zgubić” usługę tego badania opisując wynik i to jest wtedy strata finansowa POZ'u - trzeba mieć gęste sito wyłapywania wyników lub nieprawidłowo kodować usługę zleciwszy badanie

# SZYBKIE TESTY

---

- Budżet powierzony
  - StrepA test
  - CRP - dla dzieci przed 6 urodzinami
- Test Combo - RSV, COVID19, grypa — można też droższe testy 5w1 - NIELIMITOWANE
- Jak to działa?
- POZ kupuje swoje testy a NFZ płaci wg swojej stawki - różnica kwot to dochód POZ - lub strata, oczywiście (zwłaszcza jak ktoś zapomni dodać usługi do rozliczenia..)

# BADANIA OBRAZOWE – W SKRÓCIE

---

- USG - obecnie najdroższa pozycja diagnostyczna - często długi czas oczekiwania. O konkretnych badaniach powiem w kolejnej części
- RTG - zależnie od umów POZ: pilnie/planowo, z opisem/bez opisu. Czas oczekiwania względnie krótki - czasem na opis trzeba czekać więcej czasu. Osobiście zauważam spadek jakości opisów odkąd rozpowszechniła się teleradiologia
- TK klatki piersiowej - tylko dla pacjentów z nieprawidłowością w RTG - bezkosztowe - na zasadzie skierowania jak do poradni AOS czy szpitala

**MOŻNA SAMODZIELNIE ROBIĆ USG ALE I TAK  
TRZEBA COKOLWIEK „KIEROWAĆ NA ZEWNĄTRZ”**

# KONTRAKTOWANIE BADAŃ W POZ

---

- Każdy POZ po prostu musi wykazać umowy z certyfikowanymi laboratoriami i pracowniami
- Pacjent musi wykonywać badania w konkretnych placówkach z którymi POZ ma umowę - czasem można wykonać w różnych placówkach sieci diagnostycznej np laboratorium ogólnopolskiego
- POZ nie może wykazywać sam siebie w zakresie badań diagnostycznych - no chyba że będzie to odrębny, bliźniaczy podmiot diagnostyczny..

# BADANIA ENDOSKOPOWE

---

- Gastroskopia i kolonoskopia (bez dzielenia na „głębokości badania”)
- Wyłącznie u pacjentów objawowych - profilaktyczna kolonoskopia to oddzielna sprawa choć nie spotkałem się, żeby ktoś miał z tego powodu kontrolę i musiał zwracać koszty CO NIE ZNACZY ŻE TO SIĘ NIE STANIE
- Niestety - bez premedykacji chyba że lokalne pracownie mają inne rozwiązania
- Badanie bezkosztowe dla POZ - tak jak tomografia czy skierowanie do AOS

# BADANIA KRWI, MOCZU I STOLCA

---

- Wyznaczone zewnętrzne laboratorium
- punkt pobrań może być „własny” lub zewnętrzny
- Własny punkt pobrań - pobiera „nasz personel” i zawozi próbki lub są odbierane przez pracownika tabu
- Zewnętrzny punkt pobrań - pobiera „personel labu” - może to być fizycznie w podmiocie w którym jest POZ lub w innym miejscu. Czasem lab świadczy usługi pobierania w domu pacjenta

# A JAK Z LOGISTYKĄ POBRAŃ?

---

- Dni i zasady pobrań zależne od umowy z laboratorium
- czasem z tego powodu POZ kontraktuje kilka laboratoriów NA PRZYKŁAD
  - tanie ale rzadko dostępne
  - odległe ale dostępne codziennie
  - bardzo odległe ale czynne całodobowo
- Bywają różne kombinacje własnego i zewnętrznego punktu pobrań i dni pobierania - prawie że co POZ to inaczej

# WŁASNY PUNKT POBRAŃ A ZEWNĘTRZNY PUNKT POBRAŃ-WADY I ZALETY

---

- Marża na badaniach jest zyskiem POZ
- Zajęcie kadr, czasu i przestrzeni jest kosztem POZ
- Zespół POZ ma większy wpływ na jakość własnych badań (glukometr przed OGTT!) - choć nie każdy na to zwróci uwagę
- Dostępność do badań - zewnętrzny punkt pobrań może mieć lepsze godziny i dogodne punkty pobrań
- Naciąganie pacjent na zbędne badania - zewnętrzne punkty pobrań będą namawiały na różne, często bezsensowne podpłatne rywatywne pakiety które przyjdzie Tobie oceniać

# EKG

---

- Obowiązkowo w każdym POZ
- Opis EKG we własnym zakresie - odwieczna zmora POZu - zwłaszcza w zakresie EKG dzieci (rzadko kiedy nawet jest sprzęt do EKG u dzieci - często brak elektrod)
- Czasem EKG opisuje zewnętrzna firma tele kardiologiczna lub POZ ma umowę z internistą czy kardiologiem
- W moim POZ mam dobrej klasy EKG z elektronicznym systemem oceny i dwoma automatycznymi analizatorami - standardowym i protokół SDS (Sudden death screening) a do tego dwóch lekarzy opisujących EKG, z czego jeden ma zdalny dostęp do dokumentacji medycznej w naszym EDM - bez tego, co tu mówić, nie czułbym się zbyt spokojnie.

# PODSUMOWUJĄC – GŁÓWNE RODZAJE BADAŃ „Z KOSZYKA NFZ”

---

- Badania krwi, moczu i kału oraz posiewy - opłacane z ryczału kapitacyjnego a także z budżetu powierzonego i budżetu opieki koordynowanej
- Szybkie testy - budżet powierzony i nielimitowane testy Combo
- Badania USG i RTG - zewnętrzna pracownia - finansowanie z ryczału kapitacyjnego
- EKG - aparat jest obowiązkowy w każdym POZ - finansowanie z ryczału kapitacyjnego
  
- Badania endoskopowe i tomografia w przypadku nieprawidłowego RTG- badania bezkosztowe dla POZ
- Badania specjalistyczne opieki koordynowanej
- UWAGA! Spirometria - od 2023 wyłącznie dorośli w opiece koordynowanej!

**NASUWA SIĘ PYTANIE!**

**CZY LEKARZ POZ MOŻE ZLECAĆ BADANIA POZA  
KOSZYKIEM POZ?**

# CZY LEKARZ POZ MOŻE ZLECAĆ BADANIA „POZA KOSZYKIEM NFZ”?

---

*Tak ale POZ musi za nie zapłacić!*

- Zlecić można każde badanie na swój koszt - sam tak czasem robię bo to mój własny POZ - to wyraz mojej troski o pacjenta i jakość opieki
- Badania „z koszyka” są po prostu „wymagane” i raportowane do NFZ
- Ogólna zasada jest taka, że jak pacjent potrzebuje czegoś spoza koszyka to należy mu to zalecić a pacjent sam wykupuje niezbędne badania
- WYJĄTEK - Prywatne badania jonizujące lekarz może zlecić zaznaczając „badanie płatne przez pacjenta”

**UWAGA!!!**

**TWÓJ SZEFE MOŻE OCZEKIWAĆ OD CIEBIE  
ZWROTU KOSZTU BADAŃ „POZA KOSZYKIEM POZ”**

*I ma ku temu wszelkie powody!*

**KWESTIĄ SPORNĄ JEST TO, JAKI  
DOSTANIESZ RACHUNEK – NA KOSZT  
ZAKUPU BADANIA CZY KOSZT SPRZEDAŻY  
BADANIA..**

# CO NIECO O KOSZCIE ZAKUPU BADAŃ

---

- Koszt zakupu badań jest naturalnie w 99% przypadków znacznie niższy niż cena komercyjna
- Najmniejsza różnica to badania „ręczne” - np. USG - są drogie z uwagi na roboczogodziny wykonujących je lekarzy
- POZ’y nie mają w zwyczaju mówić pracownikom, ile płacą za badania

*Zazwyczaj na badania wydaje się 10% „gołego” kontraktu NFZ*

# NO ALE OK – JAK TRAKTOWAĆ BADANIA „POZA KOSZYKIEM”?

---

- Zalecamy pacjentowi **wszelkie badania uzasadnione merytorycznie**
- Nie kierujemy się względami finansowymi - nie zakładamy nigdy, że „ubogiego pacjenta nie będzie stać” przez co przemilczymy jakieś wartościowe, drogie badanie. A może ma zamożnych krewnych lub akurat na to ma możliwość pieniądze?
- Pacjent sam podejmuje decyzję co wykonać

**PEŁNA LISTA BADAŃ Z „KOSZYKA  
POZ” – W ZAŁĄCZENIU DO KURSU**

# RAPORTOWANIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

---

- POZ okresowo musi raportować do NFZ wszystkie badania „z koszyka”
- Nie raportuje się badań poza „koszykiem”
- Nie wykazywanie badań lub wykazywanie małej ich ilości
  1. Pismo z NFZ - miałem taką sytuację raz bo wykazałem za mało morfologii..
  2. Kontrola z NFZ
  3. Kara kontraktowa

**ZLECISZ ZA DUŻO – ZUBAŻASZ POZ I STRESUJESZ SZEFA**

**ZLECISZ ZA MAŁO – NARAŻASZ POZ NA KONTROLĘ A SZEFA NA  
STRES**

**JAK SIĘ NIE OBRÓCISZ TAK PUPA Z TYŁU**

**A JAK TO JEST Z DIAGNOSTYKĄ PRZED  
KONSULTACJĄ SZPITALNĄ LUB AOS?**

**PRZED W SZYBTKIM OSOBA Z  
REJESTRACJI NIE DECYDUJE O  
BADANIACH JAKIE MA MIEĆ PACJENT**

# BADANIA DO SKIEROWANIA

---

- Lekarz POZ załącza do skierowania do poradni specjalistycznej czy szpitala wszelkie badania niezbędne do postawienia **podejrzenia rozpoznania**
- Nie ma niezbędności - nie ma badań. Nie musisz zlecać badań nie służących postawieniu podejrzenia. - co nie znaczy, że nie powinieneś, nie powinnaś
- Nie można odmówić pacjentowi rejestracji/konsultacji specjalistycznej „bo POZ nie zlecił badań” - oczywiście często pacjent trafi na „nie bo nie” i co wtedy?
- Konsekwencją w założeniu NFZ może być to, że lekarz AOS zleci badania i kontrola będzie za 6-12 miesięcy co jest szkodą dla pacjenta - prawdopodobnie dlatego lekarze AOS oczekują badań gotowych na pierwszą konsultację (ale to może niech koledzy się wypowiedzą)

**W DOBRYM TONIE JEST WYKONANIE KOMPLETU BADAŃ W  
MOŻLIWOŚCIACH POZ**

**A NUŻ OKAŻE SIĘ, ŻE NIE TRZEBA KIEROWAĆ NIGDZIE DALEJ  
BO MAJĄC WYNIKI SAMODZIELNIE ROZWIĄZESZ PROBLEM?**

# BADANIA A WSPÓŁPRACA Z AOS/SZPITALEM

---

- Badania zleca ten, kto ich „potrzebuje” - co też powoduje patologie gdzie POZ nie wykonuje żadnych badań i tylko kieruje do AOS - tego nie rób!
- Badania do badań obrazowych z kontrastem zleca zlecający badanie obrazowe w laboratorium, z którym ma umowę - często spotkasz się z problemem konieczności oznaczenia „świeżej kreatyniny” przed tomografią niezależnie od wskazań medycznych. Prywatna tomografia - prywatne badanie krwi.
- Pieniądze na diagnostykę nie „idą za pacjentem” - tu dochodzimy do wniosku, że badania to TAKI GORĄCY ZIEMNIAK

## *Jak grzecznie odmawiać?*

” Bardzo mi przykro ale Pani/pana ubezpieczyciel w osobie Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnia Pani/panu te badania w poradni specjalistycznej

tutaj mogłaby Pani je zrobić ale wyłącznie odpłatnie.