Tab. 1. Uwagi do projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

(projekt zarządzenia z 04 sierpnia 2026 r.)

Lp.	Podmiot przekazujący uwagi	Nr paragrafu/ punktu/ załącznika	Treść uwag	Uzasadnienie/ propozycja zmiany
1	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c oraz załącznik nr 27 (w całości)**	Podsumowanie uwag ze stanowiska: 1. Brak ustawowej podstawy dla mechanizmu degresywnego Art. 5 ust.4 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta: „Prezes Funduszu, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, ustala współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 4 ust. 2, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczą.” Prezes NFZ nie ma ustawowej kompetencji do obniżania finansowania za nieosiągnięcie oczekiwanej wartości wskaźnika. Art. 5 ust. 4 pozwala ustalać współczynniki wyłącznie w związku z uzyskaniem wartości odpowiedniej. Projekt odwraca sens przepisu i na podstawie zdarzenia, którego ustawa w ogóle nie wymienia, odbiera świadczeniodawcy część należnego wynagrodzenia. Jest to niedopuszczalne rozszerzenie kompetencji organu, którego nie wolno dopisać zarządzeniem Prezesa NFZ. 2. Ustawowa konstrukcja ma charakter pozytywny, a nie sankcyjny Nieosiągnięcie odpowiedniej wartości może skutkować brakiem dodatkowej korzyści, czyli zastosowaniem współczynnika neutralnego 1. Nie może natomiast stanowić podstawy zastosowania współczynnika 0,90 lub 0,95 i odebrania części	Podsumowanie postulatów ze stanowiska: 1. Współczynniki 0,90 i 0,95 należy usunąć, wartość podstawową ustalić na poziomie 1, a wartości wyższe powiązać z osiągnięciem dobrego wyniku lub jego poprawą. 2. Do czasu wprowadzenia zgodnego z ustawą mechanizmu premiowego wskaźniki z załącznika nr 27 powinny pozostać wskaźnikami monitorującymi. 3. Jednocześnie konieczne jest rozszerzenie wskaźników o dodatkowe obszary, tj. kliniczne i konsumenckie oraz poprawa merytoryczna wskaźników zarządczych zgodnie z propozycjami w stanowisku.

2	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c oraz załącznik nr 27 (w całości)**	Sprzeciwiamy się wprowadzeniu mechanizmu obniżania rocznej stawki kapitacyjnej w podstawowej opiece zdrowotnej w zależności od wartości realizacji wskaźników jakości. Podstawą sprzeciwu jest brak kompetencji Prezesa Funduszu do ustanowienia takiego mechanizmu. Art. 5 ust. 4 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta wiąże kompetencję do ustalenia współczynników korygujących z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźnika. Projekt wiąże skutek finansowy ze zdarzeniem przeciwnym z nieuzyskaniem wartości uznanej przez Fundusz za właściwą. Zdarzenie to nie zostało w ustawie wskazane jako podstawa zastosowania współczynnika, a kompetencji organu wykonującego zadania publiczne nie domniemywa się (uwaga nr 2). Roczna stawka kapitacyjna jest przy tym podstawowym składnikiem wynagrodzenia świadczeniodawcy wynikającym z umowy. Jej obniżenie wobec świadczeniodawcy, któremu nie postawiono zarzutu naruszenia jakiegokolwiek obowiązku, wywołuje skutek właściwy sankcji finansowej, nieobwarowany żadną gwarancją proceduralną (uwagi nr 5 i 6).	Wnosimy o: 1) wykreślenie z załącznika nr 27 wszystkich współczynników korygujących o wartości niższej niż 1, to jest wartości 0,90 oraz 0,95 we wszystkich pozycjach i przedziałach; 2) nadanie § 41c ust. 1 zdaniu drugiemu następującego brzmienia: „Współczynniki korygujące, o których mowa w zdaniu pierwszym, przyjmują wartość nie niższą niż 1."; 3) powiązanie wartości realizacji wskaźników jakości z dodatkiem motywacyjnym, o którym mowa w art. 159 ust. 2b pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez rozszerzenie mechanizmu funkcjonującego już w Rozdziale 6 zmienianego zarządzenia, oraz pozostawienie wskaźników z załącznika nr 27 w charakterze monitorującym do czasu takiego rozszerzenia.

3	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c ust. 1 w związku z art. 5 ust. 3 i 4 ustawy o jakości**	Art. 5 ust. 4 ustawy o jakości wiąże zastosowanie współczynnika z uzyskaniem odpowiedniej wartości wskaźnika, a nie z jej nieuzyskaniem. Przepis stanowi, że Prezes Funduszu „ustala współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej". Ustawodawca posłużył się sformułowaniem kwalifikowanym, wprowadzającym dwa elementy: uzyskanie wartości oraz uzyskanie wartości odpowiedniej. Znaczenie tej konstrukcji potwierdza zestawienie ust. 3 i ust. 4 tego samego artykułu. W ust. 3 ustawodawca mówi neutralnie o rozliczaniu świadczeń „w oparciu o wartości realizacji wskaźników jakości opieki zdrowotnej", obejmując tym zwrotem wszystkie osiągnięte wartości. W ustępie następnym tego sformułowania nie powtórzył i nie napisał, że współczynniki ustala się „w zależności od wartości realizacji wskaźników". Przyjęcie, że każda osiągnięta wartość jest wartością „odpowiednią", pozbawiałoby ten wyraz treści normatywnej i zrównywałoby zakres obu przepisów; wykładnia prowadząca do uznania części przepisu za zbędną jest niedopuszczalna. Schemat ustawowy jest zatem następujący: świadczeniodawca uzyskuje odpowiednią wartość, a Prezes Funduszu wiąże z tym uzyskaniem współczynnik korygujący. Projekt odwraca tę logikę – zdarzeniem wywołującym skutek finansowy staje się nieuzyskanie wartości uznanej za właściwą, co jest sprzeczne z delegacją ustawową.	Uzyskanie odpowiedniej wartości wskaźnika może uruchamiać korektę korzystną dla świadczeniodawcy. Nieuzyskanie tej wartości może skutkować brakiem takiej korekty, a więc zastosowaniem wartości neutralnej, którą jest 1. Obniżenie poniżej 1 wymagałoby odrębnego, wyraźnego upoważnienia, którego ustawa nie zawiera. Wnosimy o wykreślenie z załącznika nr 27 wszystkich wartości współczynnika niższych niż 1 oraz o nadanie § 41c ust. 1 zdaniu drugiemu następującego brzmienia: „Współczynniki korygujące, o których mowa w zdaniu pierwszym, przyjmują wartość nie niższą niż 1." Wnosimy równocześnie o wskazanie w uzasadnieniu projektu przepisu, który przyznaje Prezesowi Funduszu kompetencję do pomniejszenia należności z powodu nieuzyskania odpowiedniej wartości wskaźnika.

4	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c ust. 1 w związku z § 16 ust. 2 i 2a rozporządzenia w sprawie OWU oraz § 18 i § 23 ust. 2 zmienianego zarządzenia**	Cel współczynników korygujących i dotychczasowa konstrukcja zarządzenia POZ przemawiają przeciwko konstrukcji degresywnej. Paragraf 16 ust. 2a rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów odsyła do współczynników korygujących, „o których mowa w ust. 2", przejmując wraz z tym odesłaniem cel określony w ustępie poprzedzającym: „w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń". Mamy świadomość, że zwrot „w szczególności" czyni katalog otwartym. Otwartość katalogu nie znosi jednak wyznaczonego kierunku: cele niewymienione powinny być rodzajowo zbieżne z wymienionymi, a współczynnik pomniejszający środki pozostające u świadczeniodawcy nie jest celem innym, lecz przeciwnym wobec obu wskazanych. Dodatkowo za takim odczytaniem przemawia dotychczasowa konstrukcja zmienianego zarządzenia. W § 18 ust. 8 oraz ust. 12 Prezes Funduszu nakazuje naliczanie „współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów", i są to współczynniki wyrażone kwotowo, zwiększające należność świadczeniodawcy, zgodnie z § 16 ust. 2 zdanie drugie. Z kolei § 23 ust. 2, którego ustęp poprzedzający projekt zmienia, określa współczynniki korygujące stawkę kapitacyjną lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wyłącznie w przedziale od 1,0 do 4,0.	Dotychczasowe współczynniki odwołujące się wprost do § 16 ust. 2 ogólnych warunków umów i związane z realizacją programów profilaktycznych zwiększają należność świadczeniodawcy. Również współczynniki korygujące stawkę kapitacyjną lekarza POZ określone w § 23 ust. 2 mają wartości od 1,0 do 4,0. Projekt po raz pierwszy nadaje współczynnikom jakościowym ustalanym na podstawie § 16 ust. 2a funkcję redukującą podstawowe finansowanie kapitacyjne, nie wskazując zmiany stanu prawnego uzasadniającej zmianę kierunku. Wnosimy o wykreślenie z załącznika nr 27 współczynników o wartości niższej niż 1 oraz o wyjaśnienie w uzasadnieniu projektu, na jakiej podstawie Fundusz odstępuje od dotychczasowego sposobu stosowania § 16 ust. 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

5	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c i załącznik nr 27 w związku z art. 159 ust. 2b pkt 3 ustawy o świadczeniach oraz Rozdziałem 6 zmienianego zarządzenia**	Ustawa i samo zmieniane zarządzenie wiążą jakość opieki w POZ ze środkami dodatkowymi, a nie z redukcją stawki podstawowej. Podstawę prawną projektu stanowi między innymi art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. W tym samym artykule ustawodawca przewidział szczególny dla POZ instrument powiązania jakości z finansowaniem: zgodnie z art. 159 ust. 2b umowy w tym rodzaju „zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie: 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (…) (budżet powierzony); 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa); 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny)". Szczególny dla POZ instrument jakościowy został więc skonstruowany dodatnio. Instrument ten nie jest postulatem na przyszłość. Zmieniane zarządzenie realizuje art. 159 ust. 2b pkt 3 od dawna: Rozdział 6, zatytułowany „Dodatek motywacyjny", przewiduje w § 18 kwartalny i roczny dodatek motywacyjny za poziom wykonania świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia, naliczany za każdy punkt procentowy wzrostu poziomu objęcia populacji w stosunku do poprzedniego kwartału. Ten sam paragraf reguluje rozliczanie zgłaszalności do programu profilaktyki raka szyjki macicy (ust. 7) oraz nakazuje naliczanie kwartalnych współczynników korygujących związanych ze zgłaszalnością do programu profilaktyki raka piersi (ust. 8–11) i do programu badań przesiewowych raka jelita grubego (ust. 12–15).	Wnosimy o wykreślenie z załącznika nr 27 współczynników o wartości niższej niż 1 i o objęcie wskaźników jakości mechanizmem Rozdziału 6 zmienianego zarządzenia. Wnosimy ponadto o uzupełnienie uzasadnienia projektu o odniesienie się do art. 159 ust. 2b pkt 3 ustawy o świadczeniach oraz do Rozdziału 6 zmienianego zarządzenia, a także o wyjaśnienie, dlaczego zamiast rozszerzenia działającego mechanizmu dodatku motywacyjnego zdecydowano się na budowę mechanizmu obniżającego. Uzasadnienie w obecnym brzmieniu nie przywołuje ani tego przepisu ustawy, ani Rozdziału 6. Rozbieżność progów wskazujemy jako dowód, że wartości graniczne z załącznika nr 27 nie zostały skalibrowane z obowiązującym mechanizmem premiowym. Nie zgłaszamy postulatu ich ujednolicenia, ponieważ nie domagamy się poprawienia mechanizmu obniżającego.

6	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c ust. 1 i 3 oraz załącznik nr 27 (poz. 2, 4, 5, 6 i 8)**	Skutek finansowy przy braku naruszenia obowiązku i przy udziale czynników niezależnych od świadczeniodawcy. Ani przepisy powszechnie obowiązujące, ani postanowienia umowy nie zobowiązują świadczeniodawcy do osiągnięcia określonego odsetka teleporad ani do jego nieprzekroczenia, do osiągnięcia określonego odsetka porad domowych, ani do zapewnienia określonego poziomu zgłaszalności do programów profilaktycznych. Świadczeniodawca udzielający świadczeń zgodnie z przepisami o świadczeniach gwarantowanych, ogólnymi warunkami umów i zawartą umową nie narusza żadnego obowiązku, a mimo to traci część należnego finansowania. Wartość części wskaźników kształtują ponadto okoliczności obiektywnie niezależne od świadczeniodawcy: decyzja pacjenta o zgłoszeniu się na badanie przesiewowe, rozmieszczenie pracowni realizujących dany program oraz struktura wieku listy aktywnej. W programie badań przesiewowych raka jelita grubego badanie realizowane jest bez skierowania i poza podstawową opieką zdrowotną. Do tego dochodzi rozbieżność populacji objętych współczynnikiem z populacjami kwalifikującymi się do programów. Załącznik nr 27 obejmuje populacje w wieku 40–75 lat (poz. 5), 20–65 lat (poz. 6) i 40–65 lat (poz. 8), podczas gdy programy obejmują odpowiednio kobiety w wieku 45–74 lata, kobiety w wieku 25–64 lata oraz zasadniczo osoby w wieku 50–65 lat. Karta	Wnosimy o wykreślenie współczynników o wartości niższej niż 1. Obciążenie finansowe może dotyczyć wyłącznie niewykonania obowiązku uprzednio ustanowionego w przepisach albo w warunkach umowy. Ustanowienie skutku finansowego przed ustanowieniem obowiązku jest niedopuszczalne niezależnie od wysokości tego skutku. Rozbieżności populacji nie zgłaszamy jako postulatu redakcyjnego. Wskazujemy ją jako dowód arbitralności mechanizmu: obniżeniu podlega stawka należna za świadczeniobiorców, którzy do wskaźnika w ogóle nie wchodzą. Doprecyzowanie przedziałów wiekowych nie usunęłoby braku podstawy prawnej do obniżenia stawki.

7	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c ust. 1 i 3 oraz załącznik nr 27**	Brak gwarancji proceduralnych, reguły zbiegu współczynników i limitu łącznego obniżenia. Ogólne warunki umów wyznaczają standard ochrony świadczeniodawcy przy nakładaniu obciążeń finansowych: uprzednie stwierdzenie niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po jego stronie (§ 29 ust. 1), miarkowanie stosownie do rodzaju i wagi nieprawidłowości (§ 29 ust. 2), wezwanie do zapłaty z terminem nie krótszym niż 14 dni (§ 29 ust. 4), ograniczenie łącznej wysokości obciążenia (§ 30 ust. 3), wpis do rejestru prowadzonego przez Fundusz (§ 31a) oraz tryb zastrzeżeń i zażalenia (§ 28 ust. 3). Projektowany współczynnik nie zapewnia żadnego z tych elementów. Znamienne jest, że sam prawodawca, wiążąc obowiązek ze współczynnikiem korygującym w § 30 ust. 1a tego rozporządzenia, posłużył się karą umowną i obowiązkiem zwrotu środków, a nie obniżeniem współczynnika. Projekt nie określa również, czy współczynniki podlegają mnożeniu, sumowaniu, czy stosowaniu według innej reguły, ani jak odnoszą się do dodatnich współczynników naliczanych na podstawie § 18 ust. 8 i 12 zmienianego zarządzenia za ten sam parametr. Przy zbiegu multiplikatywnym obniżenie stawki odnoszącej się do określonej grupy świadczeniobiorców wynosi $0{,}90 \times 0{,}95^3 = 0{,}7716$, a zatem 22,8 %. Wskazujemy tę wartość jako ilustrację skali skutku dla danej grupy, a nie jako wielkość odniesioną do kwoty zobowiązania z umowy.	Brak tych gwarancji nie jest luką, którą dałoby się usunąć uzupełnieniem projektu. Jest dowodem na to, że projektowany instrument nie mieści się w systemie obciążeń finansowych ukształtowanym w ogólnych warunkach umów. Instrument o skutku dolegliwym, stosowany bez stwierdzenia naruszenia, bez wezwania, bez miarkowania, bez limitu i bez trybu odwoławczego, nie ma w tym systemie miejsca – niezależnie od tego, jaką przyjmie nazwę. Nie wnosimy o uzupełnienie projektu o regułę zbiegu, limit łącznej korekty ani procedurę weryfikacji danych. Ich wprowadzenie uczyniłoby mechanizm bardziej przewidywalnym, lecz nie usunęłoby braku podstawy prawnej do obniżenia stawki kapitacyjnej. Wnosimy o wykreślenie z załącznika nr 27 wszystkich współczynników o wartości niższej niż 1.

8	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	**§ 41c ust. 1 i 3 oraz załącznik nr 27 (konstrukcja premiowa)**	Mechanizm powinien nagradzać dobry wynik oraz jego utrzymanie i poprawę. Projekt przewiduje wyłącznie współczynniki 0,90 i 0,95 i nie przewiduje żadnej wartości większej niż 1. Świadczeniodawca osiągający wyniki najlepsze w kraju otrzymuje tyle samo co świadczeniodawca przeciętny; jedynym następstwem dobrego wyniku jest brak obniżenia stawki. Mechanizm skonstruowany wyłącznie jako redukcyjny odbiera środki podmiotom o najsłabszych wynikach, a więc tym, które potrzebują ich do poprawy, i nie tworzy bodźca dla pozostałych. Ocena powinna przy tym opierać się na wskaźnikach klinicznych i procesowych silniej związanych z wynikiem zdrowotnym niż wskaźniki dotyczące struktury sprawozdawczości.	Wnosimy o przebudowę mechanizmu na konstrukcję premiową, w której współczynnik podstawowy wynosi 1, a wartości wyższe przysługują za wynik ponadprzeciętny oraz odrębnie za poprawę wyniku w stosunku do poprzedniego okresu publikacji, niezależnie od poziomu wyjściowego. Przykładowe wartości – 1,02 przy wyniku powyżej mediany krajowej, 1,05 w górnym kwartylu oraz 1,10 w górnym decylu albo przy poprawie o co najmniej 20 % – podajemy jako punkt wyjścia; powinny one podlegać kalibracji na podstawie rozkładów posiadanych przez Fundusz oraz oceny skutków finansowych. Równie dobrym rozwiązaniem jest powielenie konstrukcji kwotowej z § 18 zmienianego zarządzenia, w której wysokość dodatku rośnie wraz z poziomem objęcia populacji i jest naliczana za każdy punkt procentowy wzrostu. Źródłem finansowania powinny być środki, o których mowa w art. 159 ust. 2b pkt 3 ustawy o świadczeniach. Wnosimy o uzupełnienie oceny o wskaźniki możliwe do wyliczenia z danych pozostających już w dyspozycji Funduszu, w szczególności: odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem cukrzycy z oznaczoną hemoglobiną glikowaną w okresie 12 miesięcy; odsetek świadczeniobiorców z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego objętych w tym okresie co najmniej jedną kontrolą; wyszczepialność przeciwko grypie w populacji powyżej 65 roku życia; odsetek świadczeniobiorców z chorobą przewlekłą objętych opieką koordynowaną z pełną zrealizowaną ścieżką; liczbę hospitalizacji z przyczyn możliwych do uniknięcia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej na 1000 świadczeniobiorców listy aktywnej. Cztery pierwsze pozycje są wskaźnikami procesu i pokrycia opieką, najbliżej pomiaru wyniku znajduje się ostatnia; wszystkie pozostają jednak w większym stopniu pod wpływem działań zespołu POZ i są silniej związane z efektem klinicznym niż wskaźniki ujęte w załączniku nr 27. Wnosimy równolegle o wystąpienie Prezesa Funduszu do Ministra Zdrowia o uzupełnienie rozporządzenia w sprawie wskaźników jakości o wskaźniki kliniczne i konsumenckie właściwe dla podstawowej opieki zdrowotnej; obecny katalog obejmuje w obszarze konsumenckim wyłącznie leczenie szpitalne.
9	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Projekt zarządzenia promuje oszczędności, a nie jakość opieki zdrowotnej. Wskaźniki nie korelują z ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.	Należy przeformuować wskaźniki w celu mierzenia rzeczywistych efektów zdrowotnych pacjentów. Powiązać wskaźniki POZ ze wskaźnikami z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Wprowadzić wskaźnik całościowego kosztu opieki nad pacjentem (diagnostyki i leczenia) jako miarę opieki.
10	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak precyzyjnie zdefiniowanego licznika, mianownika, źródła danych i podmiotu odpowiedzialnego za zbieranie i udostępnenie danych.	Każdy wskaźnik powinien zawierać: (1) licznik, (2) mianownik, (3) źródło danych, (4) podmiot odpowiedzialny za zbieranie i publikowanie danych. (5) zakres optymalny Zgodnie z rozporządzeniem MZ ws. wskaźników jakości opieki zdrowotnej.
11	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Wskaźniki przypisane do podmiotu POZ	Wskaźnik uśredniony dla podmiotu jest przydatny, ale powinien być porównywany z podmiotami w gminie, powiecie i województwie

12	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak wskaźników przypisanych do konkretnych członków zespołu POZ.	Należy również przypisać wskaźniki do konkretnych ról: lekarz POZ, pielęgniarka POZ, położna POZ – osobno. Umożliwi to realną ocenę pracy poszczególnych członków zespołu i adresowanie działań naprawczych.
13	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Suboptymalna jakość opieki w POZ jest wynikiem m.in. braku wydzielenia stawki diagnostycznej z kapitacji POZ.	Należy wydzielić odrębną stawkę diagnostyczną z kapitacji POZ i ustalić wskaźnik wykonania badań diagnostycznych: (1) diagnostykę obrazową (2) diagnostykę laboratoryjną
14	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak integracji danych profilaktycznych z sektora publicznego i prywatnego uniemożliwia rzetelny pomiar objęcia populacji profilaktyką SIMP.	Należy zintegrować bazy danych badań profilaktycznych, w tym wykonanych prywatnie. Wprowadzić wskaźnik objęcia populacji profilaktyką SIMP z uwzględnieniem wszystkich źródeł danych.
15	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Dostępność do zespołu jest kluczowym elementem jakości w POZ.	Należy wprowadzić wskaźnik odsetek pacjentów Out-of-care (bez jakiejkolwiek usługi wykonanej przez któregokolwiek członka zespołu) (1) do 50 r.ż. w ciągu 5 lat (2) powyżej 50 r.ż. w ciągu 3 lat
16	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Dostępność do profilaktyki ogólnej (określenie czynników ryzyka). Zdefiniowanie grup ryzyka	Należy wprowadzić wskaźnik odsetek wykonania programu "Moje Zdrowie"
17	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Dostępność do zespołu jest kluczowym elementem jakości w POZ.	Wskaźnik: (1) Średnia liczba porad na 1 pacjenta zadeklarowanego rocznie (2) Średnia liczba porad na 1 pacjenta po pomniejszoneniu o liczbę pacjentów niekorzystających z porad (3) Wskaźnik pacjentów niekorzystających z porad w okresie roku
18	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak uwzględnienia wskaźnika zgłaszalności i monitorowania zdarzeń niepożądanych	Należy wprowadzić wskaźnik zglaszalności zdarzeń niepożądanych: (1) liczba zgłoszonych zdarzeń do skali działalności (liczby zrealizowanych świadczeń) (2)wskaźnik procentowy struktury zdarzeń
19	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Dostępność do zespołu jest kluczowym elementem jakości w POZ.	Należy wprowadzić wskaźniki (prezentowane na 1000 pacjentów): (1) odsetek porad udzielonych przez lekarza deklaratywnego względem swojej populacji, (2) odsetek porad udzielonych przez pielęgniarkę deklaratywną względem swojej populacji, (3) odsetek porad udzielonych przez położną deklaratywną względem swojej populacji, (4) liczba porad edukacyjnych pielęgniarek POZ, (5) liczba porad edukacyjnych lekarzy POZ, Konieczność wdrożenia indywidualnej sprawozdawczości online dla pielęgniarek i położnych

20	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak wskaźnika dostępności powiązanego z koniecznością uczestnictwa w zewnętrznych formach opieki	Należy wprowadzić wskaźniki - odsetek pacjentów zgłaszającyc się na SOR, NPL, NiŚOZ w odniesieniu do średniej 1) zakończone hospitalizacją 2) niezakończone hospitalizacją
21	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak wskaźnika zgodności ścieżki w opiece koordynowanej. Nieuzasadnione kierowanie pacjentów z prostymi schorzeniami (np. nadciśnienie) do AOS.	Należy wprowadzić wskaźnik zgodności ścieżki w opiece koordynowanej, promujący zatrzymanie pacjenta w POZ. Wzmocnić promocję kompleksowości i jakości jako obowiązek świadczenia opieki koordynowanej wysokiej jakości i element celów populacyjnych. Ograniczyć nieuzasadnione kierowania do AOS.
22	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak mechanizmu powiązania stawki kapitacyjnej z wynikami wskaźników jakości.	Należy wprowadzić dodatek jakościowy do stawki kapitacyjnej w wysokości 5-15% uzależniony od realizacji wskaźników jakości zschynchronizowanych ze wskaźnikami akredytacyjnymi dla POZ Centrum Monitorowania Jakości. Mechanizm powinien premiować najlepsze podmioty i motywować do poprawy jakości.
23	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak uwzględnienia deficytu kadrowego na terenach wiejskich i małomiasteczkowych.	Należy wprowadzić dodatki lokalizacyjne dla obszarów deficytowych. Umożliwić elastyczne normy kadrowe dostosowane do specyfiki terenu. Uwzględnić teleporady jako element zwiększający dostępność na terenach deficytowych.
24	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga ogólna	Brak wskaźników konsumenckich uwzględniających perspektywę pacjenta.	Należy wprowadzić wskaźniki oparte na badaniach doświadczeń pacjentów (PREMs/PROMs). Uwzględnić głos pacjenta jako jeden z trzech filarów oceny jakości zgodnie z rozporządzeniem MZ. Połączenie ze wskaźnikami akredytacyjnymi dla POZ Centrum Monitorowania Jakości.
25	Związek Pracodawców SPOIWO, Stowarzyszenie IFIC Polska	Uwaga systemowa wymagająca zmiany rozporządzenia ministra zdrowia	Brak wskaźnikow jakościowych dotyczących udzielania teleporad. Nieuwzględnienie wskaźników jakości opieki zdrowotnej związanych z teleporadami uniemożliwi monitorowanie jakości teleporad (obok monitorowania ilości). Takie rozwiązanie promować będzie ilościowe podejście do telemedycyny, bez uwzględnienia jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych zdalnie. Na marginesie pragniemy wskazać, że sam mechanizm ilościowy jest również zbyt uproszczony, żeby miał pozytywny skutek (wystarczy wykonać 1 teleporadę, aby osiągnąć wskaźnik 1, co w skali działalności placówki jest liczbą pomijalną). Również wprowadzenie stawki degresywnej dla udziału teleporad powyżej 50% nie ma żadnego uzasadnienia medycznego.	Uwzględnienie wskaźników jakości związanych z teleporadami: 1) NPS po udzielonej teleporadzie (wskaźnik rekomendacji netto); 2) Ocena satysfakcji pacjenta po teleporadzie (w tym kontekście pragniemy wskazać, że w ramach prac nad standardem organizacyjnym udzielania świadczeń telemedycznych została przygotowana bardzo kompleksowa ankieta mierzenia satysfakcji po teleporadzie); 3) Ile teleporad zakończyło się rozwiązaniem problemu zdrowotnego pacjenta (potencjalnie też ile teleporad było potrzebnych do rozwiązania problemu zdrowotnego pacjenta); 4) Jaki jest procent przekierowań pacjenta na wizytę osobistą; 5) Współczynnik udzielenia różnych form (wideoporady vs chat vs teleporada); 6) Wskaźnik wizyt kontrolnych w ciągu 2 tyg. po teleporadzie vs. wizycie stacjonarnej w tej samej specjalności z tym samym rozpoznaniem; 7) Zastosowane mechanizmy weryfikacji tożsamości pacjenta podczas teleporady.