

Apel Nr 14
XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie
z dnia 19 marca 2016 roku

w sprawie opieki koordynowanej

Na podstawie art. 5 pkt. 14 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2015 r. poz. 651 z późn. zmian.) w związku z § 23 ust. 3 oraz § 21 ust. 2 pkt. 6 Regulaminu organizacji i trybu działania: okręgowego zjazdu lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie stanowiącego załącznik do Uchwały Nr 3/Zjazd/2010 XXVII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie z dnia 6 marca 2010 roku.

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie apeluje do Krajowego Zjazdu Lekarzy o zajęcie stanowiska w sprawie wprowadzanej w pierwszym etapie opieki koordynowanej. Racjonalny rozdział posiadanych środków wymaga pełnej koordynacji w wypełnieniu zadań poszczególnych podmiotów (POZ, AOS i Szpitalnictwo). Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie proponuje zwrócenie uwagi na następujące problemy:

1. W zespołach roboczych uczestniczących w opracowaniu programu opieki koordynowanej powinni uczestniczyć nie tylko eksperci medycyny z zakresu POZ, ale także AOS i Szpitalnictwa.
2. Należy rozważyć kompleksowe współdziałanie 3 sektorów POZ AOS i Szpitali z wyeliminowaniem niepotrzebnego dublowania badań w każdym z nich. – oszczędność i poprawienie dostępności do świadczeń specjalistycznych ambulatoryjnych i szpitalnych poprzez przesyłanie pacjentów wstępnie zdiagnozowanych w POZ z kompletami badań ustalonymi z współpracującymi ośrodkami specjalistyki ambulatoryjnej czy szpitalnej – co zaowocuje skróceniem kolejek.
3. Możliwość powiązań sektorów organizacyjnie – np. konsorcja /bez powiązań własnościowych/ – co daje korzyści: wspólne centra rejestracji, sprawna, szybka diagnostyka pacjentów w powiązanych ośrodkach, możliwość przesyłania pacjentów do innych podmiotów w ramach np. zastępstw.
4. Rozszerzenie uprawnień diagnostycznych dla lekarzy POZ.
5. Umożliwienie AOS rozliczanie wszystkich procedur diagnostycznych i zabiegowych wykonanych w trakcie wizyty w danym dniu – co da ograniczenie liczby wizyt u specjalistów, przyspieszy proces diagnostyczny i skróci kolejki.
6. Utrzymanie oddzielnego systemu finansowania dla trzech sektorów z rozważeniem możliwości wprowadzania wspólnego finansowania obsługi przypadków pilnych zgodnie z definicją Ministra Zdrowia z 26. 09. 2005r. Określenie definicji „pacjent pilny”.

Przewodniczący
XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie
lek. Krzysztof Wróblewski

