



# MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-ZR-71-12458-1/TK/08

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wplynęło dn. 4.07.08  
nr. 6169 podpis. \_\_\_\_\_

Warszawa, 7008 -07- 03

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

SEKRETARIAT  
Biura Prac Senackich  
Wplynęło dn. 07.07.08  
nr. 5121 podpis. \_\_\_\_\_

W odpowiedzi na oświadczenie Panów Senatorów Krzysztofa Kwiatkowskiego i Macieja Grubskiego, które zostało złożone na 13 posiedzeniu Senatu w dniu 5 czerwca 2008 roku i przekazane przy piśmie Pani Krystyny Bochenek, Wicemarszałka Senatu z dnia 12 czerwca 2008 roku (znak: BPS/DSK-043-543/08), w sprawie zmiany sposobu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Szczegółowe unormowania prawne regulujące kwestie zasad i trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zawiera ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), akty wykonawcze do ww. ustawy oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej.

Do zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 97 ww. ustawy, należy w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów a także przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań oraz zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz, zgodnie z art. 132 ust. 1 cytowanej na wstępie ustawy, jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań. Prezes NFZ, zgodnie z art. 146 cytowanej ustawy, ma obowiązek określić m.in. przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.

Odnosząc się do zawartych w treści oświadczenia kwestii dotyczącej zmiany sposobu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów, uprzejmie informuję, iż decyzja Prezesa NFZ w sprawie wprowadzenia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie JGP zapadła jesienią 2007 roku i wówczas rozpoczęto w Centrali Funduszu systematyczne spotkania z konsultantami krajowymi w sprawie rozwiązań merytorycznych w planowanym do wdrożenia systemie JGP.

Wybrany moment wdrożenia systemu JGP, jak zapewnia Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, jest najlepszy z możliwych, natomiast sam system JGP, na podstawie przeprowadzonych konsultacji merytorycznych, jest dobrze oceniany. Fundusz zwraca również uwagę na fakt, iż zastosowane rozwiązania zabezpieczające poziom finansowania (odrębne finansowanie intensywnej terapii, leków i wyrobów medycznych, również poprzez umowy na chemioterapię i programy terapeutyczne, zróżnicowanie postępowanie w przypadkach powikłanych, a zwłaszcza o przedłużonym pobycie pacjenta w szpitalu), zmniejsza ryzyko po stronie świadczeniodawców. Należy także podkreślić, iż wdrożenie systemu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w oparciu o system JGP nie zmniejszy dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej a wręcz powinien skutkować zwiększeniem bezpieczeństwa świadczeniobiorców oraz stwarzać nową jakość zarządzania szpitalami.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące stopnia dostosowania systemów informatycznych szpitali do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie JGP, uprzejmie informuję, iż zgodnie ze stanowiskiem Funduszu, wprowadzenie systemu JGP wymagać będzie od świadczeniodawców zaimplementowania nowej wersji słownika procedur medycznych ICD-9, a realizatorzy świadczeń opieki zdrowotnej nadal będą mieli obowiązek przysyłania komunikatów sprawozdawczych zgodnie z zarządzeniem Nr 6/2008/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2008 roku w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych oraz rozliczania tych świadczeń.

Równocześnie uprzejmie informuję, iż zgodnie z komunikatem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 roku w sprawie szczególnych zasad rozliczania świadczeń w pierwszych miesiącach po wprowadzeniu systemu jednorodnych grup pacjentów, w celu przygotowania właściwego przebiegu wdrożenia JGP, zapewnienia stabilnego poziomu finansowania szpitali oraz złagodzenia ewentualnych niepożądanych skutków związanych z tym wdrożeniem, w przypadku wystąpienia problemów uniemożliwiających pełne rozliczenie świadczeń wg metodologii JGP, świadczeniodawca może rozliczyć je w trybie uproszczonym. Od 1 lipca do 30 września br. zostanie

wprowadzony okres przejściowy, w trakcie którego, po złożeniu przez świadczeniodawcę wniosku do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, możliwe jest rozliczenie wykonanych świadczeń za dany okres sprawozdawczy w oparciu o uproszczoną sprawozdawczość.

W ramach uproszczonej sprawozdawczości do rachunku świadczeniodawca byłby zobowiązany dołączyć raport statystyczny (przygotowany w dowolnym narzędziu informatycznym) zawierający informacje o świadczeniach zrealizowanych w poszczególnych zakresach obejmujący co najmniej następujące dane:

- liczbę faktycznie zrealizowanych i podlegających płatności jednostek rozliczeniowych,
- liczbę poszczególnych grup i osobodni dodatkowych,
- cenę jednostki rozliczeniowej,
- dane o ryczałtach (SOR, Izba przyjęć),
- wartość ogólną zrealizowanych świadczeń.

Dane przedstawione w raporcie oraz w rachunku powinny być zgodne, co do wartości. Kwota określona w rachunku oraz w raporcie statystycznym nie może być wyższa od przewidzianej w umowie na dany okres sprawozdawczy.

Świadczeniodawca, niezależnie od ww. dokumentów, powinien przekazywać na bieżąco dane o udzielonych świadczeniach z użyciem szczegółowego komunikatu XML, ewentualnie dodatkowo weryfikować te dane lub uzupełniać dane brakujące.

Jednocześnie na świadczeniodawcy będzie spoczywał obowiązek szczegółowego rozliczenia, nie później niż do 10 listopada 2008 roku w wymaganym formacie elektronicznym (raport statystyczny i rachunek), świadczeń udzielonych w okresie przejściowym oraz ewentualnego wystawienia rachunku korygującego wartość świadczeń sfinansowanych w oparciu o zastosowany czasowo uproszczony system rozliczeń.

Ponadto, uznając za zasadne konieczność wprowadzenia zmian w zasadach kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia na bieżąco analizuje przebieg prac związanych wdrażaniem systemu JGP przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

2  
Z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Marek Twardowski