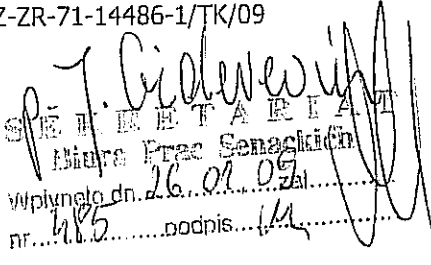




MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2009-01-21

MZ-UZ-ZR-71-14486-1/TK/09


 SEKRETARIAT
 Biuro Prace Senackie
 wpłynęło dn. 26.01.09.
 nr. 485 podpis. J.K.

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na oświadczenie złożone przez Pana Macieja Grubskiego, Senatora RP, oraz Pana Krzysztofa Kwiatkowskiego, Senatora RP, na 24. posiedzeniu Senatu w dniu 19 grudnia 2008 roku (znak: BPS/DSK-043-1210/08), w sprawie funkcjonowania systemu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej opartego o Jednorodne Grupy Pacjentów, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących szczegółowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach.

Zgodnie z art. 97 ww. ustawy, do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, zgodnie z art. 146 ust. 1 cytowanej na wstępie ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), uprzejmie informuję Pana Marszałka, iż Narodowy

Fundusz Zdrowia przygotowując system JGP oparł się o posiadaną bazę danych z realizacji świadczeń opieki zdrowotnej i wydatków w latach 2006 – 2007. Grupy poszczególnych świadczeń zostały scharakteryzowane w oparciu o doświadczenia brytyjskie a następnie zweryfikowane na podstawie dyskusji klinicznej z dostosowaniem do polskich warunków.

Ponadto, proces tworzenia polskiego JGP był przedmiotem szerokiej konsultacji w środowisku konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin medycyny a jego wdrożenie zostało poprzedzone pilotażem, który rozpoczął się w marcu br. w wybranych 44 szpitalach.

Równocześnie uprzejmie informuję Pana Marszałka, iż każda grupa posiada znaczenie kliniczne, które kojarzy się ze zbliżonym sposobem leczenia oraz określoną charakterystyką leczonych pacjentów (w odniesieniu do czasu pobytu w szpitalu, rodzaju wykonanych procedur zabiegowych, diagnostycznych, leków itd.). Ponadto, poszczególne grupy pacjentów obejmują procedury o podobnej kosztocłonności, w sensie zużycia zasobów szpitala związanego z leczeniem danego pacjenta oraz każda grupa jest definiowana na podstawie ogólnodostępnych danych występujących w dokumentacji szpitala, które odnoszą się do stanu pacjenta lub zastosowanej terapii.

Biorąc powyższe pod uwagę należy stwierdzić, iż system Jednorodnych Grup Pacjentów jest tak skonstruowany, że przyporządkowuje różnych pacjentów z różnymi dolegliwościami do grup o podobnym podejściu diagnostycznym i leczniczym oraz o podobnej charakterystyce kosztowej.

Odnosząc się natomiast do podnoszonych przez Panów Senatorów kwestii finansowania w systemie JGP świadczeń realizowanych w szpitalach wysokospecjalistycznych, uprzejmie wyjaśniam, iż przedmiotowa problematyka była wielokrotnie dyskutowana w Ministerstwie Zdrowia z udziałem przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, konsultantów krajowych, świadczeniodawców a także przedstawicieli środowisk medycznych. Niezaprzeczalnym faktem jest to, iż specyfika szpitali wysokospecjalistycznych wymusza ich indywidualne traktowanie z uwagi na złożoność rozpoznań oraz najwyższy poziom referencyjności udzielanych świadczeń.


Mając na uwadze powyższe, uprzejmie informuję Pana Marszałka, iż zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia, aby umożliwić ewentualną korektę wartości punktu rozliczeniowego za realizację poszczególnych grup świadczeń, rok 2009 zostanie podzielony na dwa sześciomiesięczne okresy rozliczeniowe. Maksymalna stawka 51 zł za punkt będzie obowiązywała w pierwszym okresie rozliczeniowym.

Ponadto, zgodnie z porozumieniem zawartym w dniu 22 grudnia 2008 roku pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz przedstawicielami samorządów województw oraz dyrektorów szpitali, dla których organem założycielskim jest samorząd województwa, przedstawicielami samorządów powiatowych i dyrektorami szpitali klinicznych, umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na pierwsze półrocze 2009 roku zostaną zawarte z zachowaniem następujących zasad:

- 1) kwota zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju: leczenie szpitalne nie będzie niższa niż kwota zobowiązania na drugie półrocze 2008 roku,
- 2) liczba zakontraktowanych świadczeń na pierwsze półrocze 2009 roku będzie równa, lub wyższa (za dodatkowe środki) za zgodą świadczeniodawcy, liczbie świadczeń zakontraktowanych na drugie półrocze 2008 roku,
- 3) NFZ dokona odpowiedniej zmiany wyceny taryf, która umożliwi zrealizowanie ww. celów.

Ponadto ustalono, że powołane zostaną 3 zespoły (w pracach każdego zespołu oddzielnie uczestniczyć będą przedstawiciele samorządów województw, przedstawiciele powiatów oraz przedstawiciele szpitali dla których organem założycielskim jest samorząd województwa i samorząd powiatowy), których zadaniem będzie weryfikacja wyceny Jednorodnych Grup Pacjentów, co stanowić będzie podstawę kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na drugie półrocze 2009 roku. Pierwsze posiedzenie zespołu przedstawiciele szpitali klinicznych odbędzie się w dniu 19 stycznia 2009 roku i dotyczyć będzie świadczeń w zakresie onkologii.

Mając na uwadze powyższe pozwolę sobie zapewnić Pana Marszałka, iż Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Minister Zdrowia podejmują wszelkie niezbędne działania, których nadrzędnym celem jest zagwarantowanie bezpieczeństwa finansowego po stronie świadczeniodawców oraz prawidłowe zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
|
Jakub Szulc