

Szpitala sprawdzają nowy system rozliczania z NFZ – Gazeta Prawna, 1 kwietnia 2008 r.

Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych w szpitalach

- **Część szpitali testuje już nowe zasady rozliczania świadczeń medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia**
- **Od lipca wszystkie szpitale działające w Polsce podpiszą kontrakty z NFZ już na nowych warunkach**
- **System jednorodnych grup pacjentów ma poprawić wycenę świadczeń zdrowotnych**

W 20 szpitalach w całym kraju testowane są nowe zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Program pilotażowy ma się zakończyć pod koniec kwietnia - szpitale mają bowiem podpisane kontrakty tylko na cztery pierwsze miesiące tego roku. Na przełomie maja lub czerwca Fundusz ma zamiar ogłosić konkurs ofert dla szpitali, a od lipca podpisywać z nimi kontrakty już na zmienionych zasadach. Część dyrektorów szpitali uważa jednak, że NFZ powinien wstrzymać się z wprowadzeniem nowych zasad do przyszłego roku. Ich zdaniem, mimo iż procedury są dokładnie opisane, to nie są rzetelnie wycenione.

Pogrupowanie procedur

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami Jacka Paszkiewicza, prezesa NFZ, od lipca zostaną wprowadzone tzw. jednorodne grupy pacjentów. Planowane jest bowiem wdrożenie nowego systemu liczenia kosztów świadczeń zdrowotnych wzorowanego na brytyjskim. Obecnie w katalogu procedur szpitalnych jest około 1,8 tys. pozycji. Wartość każdej z nich jest określona w punktach, które są następnie przeliczane na złotówki. NFZ proponuje pogrupowanie dotychczasowych procedur, by w ten sposób zmniejszyć ich liczbę do około 450. O tym, do jakiej grupy zostanie zakwalifikowana dana procedura medyczna, mają zdecydować m.in. wskazania kliniczne, postępowanie lecznicze czy zużycie materiałów przy wykonywaniu danego świadczenia. Każdej procedurze będzie przypisany odpowiedni kod. Kodując wykonaną procedurę medyczną, lekarz nie będzie mógł wpisywać do sprawozdań przesyłanych do NFZ takiej, której wykonanie jest bardziej opłacalne dla szpitala, ale która faktycznie nie miała miejsca.

Zgodnie z wcześniejszymi zapowiedziami funduszu, wprowadzenie nowych warunków kontraktowania wiązałoby się również ze zmianą ceny tzw. punktu medycznego. Liczba punktów przypisana do danego świadczenia decyduje o jego ostatecznej wycenie. Ze względu na to, że wycena punktów jest różna w poszczególnych województwach, głównym celem nowego systemu ma być jej uśrednienie. W ten sposób udałoby się zmniejszyć różnice w wysokości środków, jakie poszczególne oddziały NFZ przeznaczają na świadczenia medyczne.

Część oddziałów NFZ podniosła wycenę punktów w tym roku.

- W województwie lubelskim już płacimy za punkt 12 zł i dlatego w porównaniu z 2007 rokiem oddział mógł przeznaczyć na wycenę procedur szpitalnych o 70 mln zł więcej - mówi Łukasz Siemieniuk, rzecznik prasowy lubelskiego funduszu.

Sprawdzą wybrane szpitale

Edyta Grabowska-Woźniak, rzecznik prasowy NFZ, powiedziała, że pilotażowy program wprowadzenia systemu jednorodnych grup pacjentów w rozliczeniach usług medycznych rozpoczął się 18 marca. Jak powiedział Stanisław Przywiński, dyrektor ds. lecznictwa w Szpitalu Uniwersyteckim im. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, który bierze udział w pilotażu, według jego informacji pilotaż ma potrwać do końca tego miesiąca. Szpital rozlicza się z NFZ na podstawie starych zasad, czyli za procedury ujęte w katalogu świadczeń szpitalnych i jednocześnie rozlicza procedury poprzez przypisywanie odpowiednich kodów leczenia poszczególnych pacjentów do określonych jednorodnych kosztowo i klinicznie grup.

- Uważam, że należy zmienić system rozliczania z NFZ. Problem polega jednak na tym, że NFZ, przygotowując program, nie dał nam podstawowego narzędzia do przesyłania danych, bo nie wiemy, jak je kodować - mówi Stanisław Przywiński.

Początek do końca roku

Nie wszyscy jednak dyrektorzy szpitala są przekonani do wprowadzenia nowych zasad rozliczania z funduszem już od lipca tego roku.

Zdaniem Michała Kamińskiego, eksperta ds. ochrony zdrowia Konfederacji Pracodawców Polskich (KPP), podstawowym założeniem zmienionych zasad ma być grupowanie procedur pod względem kosztów. - Nie można tego zrobić, bo wciąż nie ma przygotowanej rzetelnej wyceny świadczeń. Te, które obowiązują, nie uwzględniają np. kosztów pracy personelu medycznego na odpowiednim poziomie - podkreśla Michał Kamiński.

Podobnie uważa również Jarosław Kozera, prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ). - Zmiana zasad kontraktowania świadczeń szpitalnych w połowie roku, po zaledwie półtoramiesięcznym programie pilotażowym, jest zbyt przedwczesna - podkreśla Jarosław Kozera.

Zdaniem Barbary Kawińskiej, dyrektora Niepublicznego Szpitala Samorządowego w Malborku, zmiana zasad kontraktowania w ciągu roku może niekorzystnie odbić się na sytuacji placówek ochrony zdrowia. - Trudno jest planować wydatki, skoro w połowie roku są zmieniane warunki kontraktowania świadczeń. Lepiej byłoby wstrzymać się z ich wprowadzeniem do stycznia 2009 r. - uważa Barbara Kawińska.

Dlatego część dyrektorów szpitala postuluje, aby pilotaż był przedłużony i objął więcej szpitali. W takiej sytuacji placówki medyczne byłyby lepiej przygotowane do wprowadzenia systemu jednorodnych grup pacjentów.

NFZ rozważa również wprowadzenie wyższych cen za hospitalizacje dzienne i krótkoterminowe. Zabiegów i operacji, które można wykonać w ciągu jednego dnia, jest coraz więcej. Doprowadziłoby to do skrócenia czasu hospitalizacji pacjentów, a więc i do obniżenia kosztów, jakie ponoszą szpitale.

DOMINIKA SIKORA