

znak: CF/DSOZ/..PM.9/2008/013/0233/W/04995

Warszawa, dnia 15.05.2008r.

Biuro Prac Senackich
Wpłynęło dn. 26.05.08
nr. 3735 podpis M

Pani
Krystyna Bochenek
Wicemarszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

W odpowiedzi na pismo BPS/DSK-043-310/08 z dnia 9 kwietnia 2008 r. w sprawie oświadczenia złożonego przez senatora Norberta Krajczego podczas 8. posiedzenia Senatu RP w dniu 2 kwietnia 2008 roku, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z przepisem § 17 pkt 1 „szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne” wprowadzonych zarządzeniem nr 80/2006 Prezesa NFZ z dnia 18 września 2006 roku, zwanych dalej materiałami informacyjnymi, „w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu do rozliczenia należy wykazywać tylko jedno świadczenie”. Oznacza to, że świadczeniodawca wykazuje do rozliczenia tylko jedną procedurę, niezależnie od tego, na ilu oddziałach pacjent przebywał w trakcie jednej hospitalizacji, a możliwość sumowania świadczeń dopuszczalna jest w przypadkach określonych w załącznikach nr 1a i 13 do materiałów informacyjnych: katalogu świadczeń szpitalnych oraz „szczegółowych warunkach sumowania świadczeń”.

Podkreślenia wymaga jednak fakt, iż założeniem dla katalogu świadczeń szpitalnych nie było szczegółowe odzwierciedlenie praktyki klinicznej, polegające na zamieszczeniu w nim drobiazgowego wykazu wszelkich procedur wykonanych na rzecz pacjenta z możliwością dowolnego ich sumowania. Uśredniona wartość świadczeń finansowanych przez NFZ zawiera w sobie koszty kompleksowej opieki nad pacjentem w trakcie całego pobytu w szpitalu, także leczenia ewentualnych powikłań, dodatkowej diagnostyki czy też koniecznej intensywnej opieki po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym, a ryzyko finansowe z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponoszone jest w równej mierze przez obie jej strony.

Zaznaczyć także należy, iż przyjęty przez Narodowy Fundusz Zdrowia system finansowania świadczeń zdrowotnych zakłada zapewnienie ubezpieczonym jak najpełniejszej opieki poprzez optymalne wykorzystanie środków finansowych pozostających w dyspozycji NFZ. Środki te są ograniczone, a na płatniku ciąży ustawowy obowiązek finansowania nie tylko leczenia szpitalnego, ale również podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologicznej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych, opieki psychiatrycznej, paliatywnej i hospicyjnej, rehabilitacji leczniczej, profilaktyki zdrowotnej, leczenia uzdrowskiego oraz zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze. Dlatego też, przy obecnym stanie finansów publicznych skutkującym niezaprzeczalnie zbyt niskimi nakładami na ochronę zdrowia, nie jest niestety możliwym stosowanie systemu finansowania polegającego na dokonywaniu płatności odrębnie za każde świadczenie udzielone pacjentowi w szpitalu, który to system, z racji swojej kosztowności, przyjęty został w niewielu państwach świata.

Jednocześnie pragnę wyjaśnić, iż świadczeniodawcy niejednokrotnie podnoszą kwestię możliwości rozliczenia tylko jednego świadczenia nie pozwalającego na pokrycie wszystkich kosztów pobytu pacjenta w szpitalu, co powoduje pogłębianie się deficytu tych jednostek. Dla stwierdzenia zasadności podobnych zarzutów niezbędne jest jednak dokonanie porównania przychodów uzyskiwanych z realizacji zawartych z NFZ umów z danymi kosztowymi będącymi w dyspozycji szpitali, które to informacje nie są przez te jednostki udostępniane. Z tego między innymi powodu zasadne jest wdrożenie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów, odpowiednika brytyjskiego systemu HRG, opartego na zasadzie zwrotu poniesionych kosztów, w którym zryczałtowane stawki (taryfy), stanowiące pochodną zużytych w związku z leczeniem i pobytom pacjenta w szpitalu zasobów, przypisane są jednorodnym – z uwagi na postawione rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne – przypadkom chorobowym, a w kolejnych latach funkcjonowania taryfy poszczególnych grup ustalane są w relacji do kosztów szpitali referencyjnych.

Z poważaniem

Z upoważnienia
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępca Prezesa ds. Medycznych

Jacek Czubowski