



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-ZR-71-12602-1/TK/08

CARDIUM POLSKA S.p. z o.o.
wpłynęło dn. 5.08.08
nr 4731 podpis Busewicz

Warszawa, 2008-07-16

SECRETARIAT
Młoda Praca Senackich
wpłynęło dn. 05.08
nr 5824 podpis Mermel

Pan

Bogdan Borsewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Senatora Ireneusza Niewiarowskiego, które zostało złożone na 14 posiedzeniu Senatu w dniu 26 czerwca 2008 roku i przekazane przy piśmie Pani Krystyny Bochenek, Wicemarszałka Senatu z dnia 3 lipca 2008 roku (znak: BPS/DSK-043-616/08), 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, działając na podstawie art. 146 cytowanej ustawy, wydał zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, które wprowadza rozliczanie tego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów.

Głównym celem wprowadzenia koncepcji finansowania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez JGP jest transparentne, oparte o proste zasady pokrycie kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców dostarczających usługi dobrej jakości i kompleksowo zaspokajających oczekiwania pacjentów.

Należy jednak podkreślić, iż zgodnie z komunikatem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 roku, nowe wymagania wobec świadczeniodawców wprowadzone zarządzeniem Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, mają bezpośrednie zastosowanie w stosunku do umów zawartych w wyniku nowych postępowań w trybie konkursu ofert albo rokowań, przeprowadzonych po wejściu w życie zarządzenia. W przypadku umów aktualnie realizowanych wprowadzono okres dostosowawczy w odniesieniu do przedmiotowych wymagań. Jak informuje Fundusz, w okresie dostosowawczym niespełnienie dodatkowych wymagań, które zostały wprowadzone ww. zarządzeniem, nie może być przyczyną rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą, który posiada zawartą umowę albo odmowy przedłużenia aktualnie realizowanej umowy w drodze aneksu. Okres dostosowawczy kończy się z dniem 31 grudnia 2008 roku, przy czym nie obejmuje on szczególnych warunków wykonywania niektórych świadczeń, wyodrębnionych w przedmiotowym zarządzeniu.

W przypadku umów zawartych w wyniku nowych postępowań w trybie konkursu ofert albo rokowań, przeprowadzonych po wejściu w życie zarządzenia Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z komunikatem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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. trwa 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 jest 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 r. 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.

Równocześnie uprzejmie informuję, iż w związku z posiedzeniem Sejmowej Komisji Zdrowia, która odbyła się w dniu 10 lipca 2008 roku, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia, przekazał do Komisji raport z działań Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowujących wprowadzenie nowych zasad rozliczeń wg Jednorodnych Grup Pacjentów w rodzaju leczenie szpitalne (kopia w załączeniu), w którym szczegółowo opisano przedmiotowe zagadnienie.

Odnosząc się do pytania dotyczącego pełnego rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w pierwszym półroczu 2008 roku przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, łącznie z wypłatą nadwykonań, uprzejmie informuję, iż zgodnie z § 14 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz. 484), Fundusz

jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie.

W kwestii uruchomienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zaplanowanych dodatkowych środków finansowych dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, uprzejmie informuję, iż na podstawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok, zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 czerwca 2008 roku oraz zarządzenia Nr 33/2008/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 roku w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok, do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przekazano środki finansowe o łącznej kwocie 4,219 mld zł.

Z powołaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Adam Fronczak

Załącznik:
Zal. 1 na 20 ark.

NFZ

**RAPORT Z DZIAŁAŃ
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
PRZYGOTOWUJĄCYCH
WPROWADZENIE NOWYCH ZASAD
ROZLICZEŃ wg. JEDNORODNYCH
GRUP PACJENTÓW (JGP)
W RODZAJU LECZENIE SZPITALNE**

Czerwiec 2008 r.

Wdrożenie projektu Jednorodnych Grup Pacjentów poprzedzone zostało przygotowaniami i analizami, których podsumowanie przedstawia niniejszy Raport.

Część I – Raport z pilotażu JGP

Część II – Ocena dojrzałości projektu JGP pod względem spełnienia oczekiwań środowisk medycznych

Część III - Analiza aspektów informatycznych projektu

Część IV – Analiza aspektów prawnych wprowadzenia nowych zasad rozliczania świadczeń

Część V – Opis planowanych działań osłaniających w początkowym okresie realizacji projektu

CZĘŚĆ I

Raport z pilotażu JGP

(dane styczeń – kwiecień)

Spis treści

1. Wprowadzenie
 - 1.1. Cel pilotażu
 - 1.2. Założenia pilotażu
2. Metoda pilotażu
 - 2.1. Harmonogram
 - 2.2. Grupa uczestnicząca
 - 2.3. Przepływ informacji
 - 2.4. Wykorzystywane narzędzia
 - 2.5. Metoda analizy
3. Przebieg pilotażu
 - 3.1. Problemy
 - 3.2. Zmiany i modyfikacje
4. Wyniki pilotażu na dzień 28 maja 2008 r.
5. Wnioski
 - 5.1. Wnioski dotyczące sposobu kodowania świadczeń
 - 5.2. Wnioski dotyczące wyniku finansowego

1. Wprowadzenie

Przedmiotem niniejszego opracowania jest podsumowanie efektów jednego z podstawowych działań przygotowujących wdrożenie nowego systemu rozliczania świadczeń szpitalnych opartego na Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP) – pilotażu symulacyjnego. Potrzeba praktycznej, bieżącej weryfikacji projektowanych rozwiązań organizacyjnych i merytorycznych była bezsporna nie tylko z punktu widzenia przygotowania możliwie najlepszych materiałów informacyjnych, ale także usystematyzowania podejmowanych „ad hoc” prób porównywania JGP z obecnym systemem rozliczeń, szczególnie w aspekcie ewentualnych korzyści albo strat finansowych związanych z jego wprowadzeniem.

1.1. Cele pilotażu

1.1.1. Cel główny

Głównym celem pilotażu była weryfikacja słuszności przyjętych założeń w zakresie wpływu JGP na finansowanie szpitali. Należy w tym miejscu podkreślić, że jednym z podstawowych założeń było utrzymanie przynajmniej dotychczasowego poziomu łącznych przychodów świadczeniodawców, przy jednoczesnej poprawie poziomu rentowności poszczególnych zakresów świadczeń (specjalności medycznych) uznanych za deficytowe.

1.1.2. Pozostałe cele

Celem pilotażu było ponadto ujawnienie i ewentualna korekta elementów systemu JGP w zakresie relacji kosztowych pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń. Dodatkowo w trakcie pilotażu zamierzano sprawdzić praktyczne działanie algorytmu grupera JGP oraz zmienionej klasyfikacji procedur medycznych i charakterystyki JGP. Jednym z celów było ponadto sprawdzenie faktycznego przygotowania świadczeniodawców do kodowania udzielonych świadczeń w celu wyznaczenia grup i ich rozliczenia.. zakładano również pozyskanie wiedzy o błędach kodowania po stronie świadczeniodawców co miało służyć zbudowaniu materiałów szkoleniowych opartych o rzeczywiste przypadki.

1.2. Założenia pilotażu

Podstawowym założeniem pilotażu było uzyskanie maksymalnie wiarygodnych wyników przy jednoczesnej minimalnej ingerencji w działania świadczeniodawców i ograniczeniu ewentualnych dodatkowych obowiązków związanych z udziałem w tym przedsięwzięciu. Ponadto przyjęto założenie wykorzystania aktualnie funkcjonujących komunikatów sprawozdawczych i kanałów komunikacyjnych oraz oprogramowania analitycznego będącego w dyspozycji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu zachowania jednoznaczności przypisań grup JGP przyjęto założenie, że do grupowania na potrzeby pilotażu zostanie wykorzystana jednakowa aplikacja w skali kraju, co umożliwi jego ewentualne korygowanie w trakcie procesu.

W celu osiągnięcia możliwie wiarygodnych wyników do uczestnictwa w pilotażu zaproszono świadczeniodawców wskazanych przez oddziały wojewódzkie jako wyróżniających się pozytywnie w zakresie sprawozdawczości, w tym przede wszystkim pod kątem kodowania rozpoznań i procedur. Ponadto założono zaproszenie do uczestnictwa w pilotażu możliwie szerokiego spektrum szpitali, o zróżnicowanym profilu organizacyjnym i własnościowym.

2. Metoda pilotażu

2.1. Harmonogram pilotażu

- W pierwszej połowie marca w centrali Funduszu zakończono prace nad koncepcją i metodyką pilotażu. W szczególności określono jego założenia i ustalono z dostawcami usług informatycznych sposób realizacji projektu w oparciu o dostępne narzędzia.
- W dniu 18 marca br. w Centrali Funduszu odbyło się spotkanie z przedstawicielami pierwszej grupy szpitali zaproszonych do wzięcia udziału w pilotażu. W trakcie spotkania omówiono planowaną metodykę procesu oraz przekazano szpitalom, do stosowania w pilotażu, zaktualizowaną wersję międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych ICD-9 w celu jej implementacji we własnych systemach informatycznych.
- Wstępnie zakładano, że pierwsze wyniki pilotażu będą dostępne w połowie kwietnia lub na początku maja br. - w praktyce analiza pierwszych wyników była możliwa w połowie maja br.

- Ponadto w maju odbyło się spotkanie z drugą grupą szpitali, które wyraziły zainteresowanie włączeniem się do uczestnictwa w projekcie.
- W dniu 20 maja w trakcie spotkania z osobami koordynującymi przebieg pilotażu z ramienia oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiono wstępne wyniki analizy uzyskanych sprawozdań i procesu grupowania.
- W dniu 28 maja na spotkaniu w Warszawie z dyrektorami wszystkich szpitali uczestniczących w projekcie przedstawiono pierwsze wyniki analiz oraz wysnute z nich wnioski.
- Aktualnie trwa przekazywanie raportów szczegółowych do oddziałów wojewódzkich NFZ w celu ich omówienia ze szpitalami i wskazania ewentualnych błędów lub braków w zakresie kodowania i sprawozdawania świadczeń opieki zdrowotnej dla celów szkoleniowych.
- Co najmniej do końca lipca planuje się gromadzenie i przetwarzanie danych w ramach pilotażu.

2.2. Grupa uczestnicząca

Łącznie w pilotażu uczestniczą 44 szpitale z 12 województw (Tabela nr 1). W ostatnim czasie na wniosek oddziału wojewódzkiego do projektu włączono Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie, natomiast Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu zrezygnował z udziału w pilotażu ze względów natury technicznej, a jego miejsce zajął Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie. W tej grupie znalazły się zarówno szpitale powiatowe, wojewódzkie oraz kliniczne, a także kilku świadczeniodawców niepublicznych. W szczególności uwzględniono także zróżnicowanie skali i profilu prowadzonej działalności – w pilotażu wzięły udział szpitale wieloprofilowe, jak i placówki o stosunkowo wąskim profilu działalności.

Tabela nr 1: Wykaz szpitali uczestniczących w pilotażu

Oddział Wojewódzki NFZ	Lp.	Nazwa szpitala
dolnośląski	1.	Szpital Specjalistyczny Z Przychodnią Euromedicare Wrocław
	2.	Specjalistyczny Szpital Im. Dra Alfreda Sokolowskiego Wałbrzych
kujawsko-pomorski	3.	Szpital Uniwersytecki Im. Dr. Antoniego Jurasza Bydgoszcz
lubelski	4.	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki Im. Papieża Jana Pawła II Zamość
	5.	Zamojski Szpital Niepubliczny Spółka z o.o. Zamość
	6.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 Lublin
łódzki	7.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 3 Im. S. Sterlinga Łódź
	8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Im. Kopernika W Piotrków Trybunalski
	9.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Barlickiego Łódź
małopolski	10.	Krakowski Szpital Specjalistyczny Im. Jana Pawła II Kraków
	11.	Szpital Wojewódzki Im. Św. Łukasza Tarnów
	12.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy Kraków
	13.	Szpital Powiatowy Im. Tytusa Chalubińskiego Zakopane
	14.	Sp Zoz Brzesko
	15.	Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego Kraków
mazowiecki	16.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki Kraków
	17.	Szpital Kliniczny Im. Księżnej Anny Mazowieckiej Warszawa
	18.	SPSK Im. Prof. W.Orłowskiego CMKP Warszawa
	19.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny Warszawa
	20.	SZP ZOZ Im. Prof. Dr. J. Bogdanowicza Warszawa
	21.	Instytut Chorób Płuc I Gruźlicy Warszawa
	22.	Instytut Reumatologii Warszawa
	23.	Olympus Endoterapia Sp. z o.o. Warszawa
opolski	24.	Powiatowe Centrum Zdrowia - NZOZ Kluczbork
podkarpacki	25.	SP ZOZ Sanok
pomorski	26.	Szpital Specjalistyczny Chojnice
	27.	Szpital Miejski Gdynia
śląski	28.	SP CSK Im. Prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego UM Katowice
	29.	SP ZOZ Centrum Leczenia Oparzeń Siemianowice Śląskie
	30.	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny Jaworzno
	31.	SP Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej Im.Dr J. Daaba Piekary Śląskie
	32.	SP SK Nr 7 Śląskiego UM Górnośląskie Centrum Medyczne Katowice
	33.	Śląskie Centrum Chorób Serca Zabrze
świętokrzyski	34.	SP Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Sandomierz
warmińsko-mazurski	35.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Olsztyn
	36.	Szpital Powiatowy Im. Jana Pawła II Bartoszyce
	37.	Centrum Medyczne - ZOZ "Olmedica" Olecko
wielkopolski	38.	SP ZOZ w Ilkwidacji Września
	39.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM Im. Karola Marcinkowskiego Poznań
	40.	SP ZOZ Rawicz
	41.	SP ZOZ Słupca
	42.	Szpital Wojewódzki Poznań
	43.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Czarnków
zachodniopomorski	44.	SP Szpital Kliniczny Pomorskiej AM Nr 2 Szczecin

2.3. Przepływ informacji

Pilotaż zakładał wykorzystanie aktualnie stosowanych kanałów i komunikatów sprawozdawczych. Ponieważ obecnie stosowany komunikat przekazywania danych do Funduszu (XML) zawiera możliwość wprowadzenia zdecydowanej większości parametrów wykorzystywanych docelowo przez system JGP, świadczeniodawcy nie zostali obciążeni żadnymi dodatkowymi obowiązkami sprawozdawczymi poza przyjęciem do stosowania nowej wersji klasyfikacji ICD-9 CM i zwróceniem szczególnej uwagi na prawidłowe kodowanie zrealizowanych procedur.

Komunikaty sprawozdawcze dotyczące poszczególnych hospitalizacji (epizodów) przekazane przez świadczeniodawców do właściwego dla nich oddziału wojewódzkiego NFZ były sukcesywnie kierowane do Centrali Funduszu poprzez komunikat KLP, zawierający dane niezbędne do analizy, a w szczególności wyznaczenia grup JGP.

Informacje przetwarzane były na poziomie Centrali Funduszu w celu uzyskania informacji wynikowej będącej zestawem raportów dla poszczególnych szpitali i okresów sprawozdawczych.

2.4. Wykorzystane narzędzia

Na poziomie Centrali Funduszu do analizy przekazanych informacji wykorzystano oprogramowanie Business Object 11 (BO-11), które jest jednym ze standardowych narzędzi analitycznych wykorzystywanych przez pracowników Centrali w bieżącej pracy. Raporty uzyskiwane z BO-11 były dodatkowo przetwarzane przy użyciu arkusza kalkulacyjnego MS Excel i w tym formacie były prezentowane i dystrybuowane.

2.5. Metoda analizy

Do analizy wykorzystano dane przekazane do Centrali Funduszu przez oddziały wojewódzkie do dnia 26 maja bieżącego roku za okres od stycznia do kwietnia 2008, przy czym zaznaczyć należy, iż zakres przekazanych informacji różni się w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców (dwa miesiące – 3 szpitale, trzy miesiące – 9 szpitali, cztery miesiące – 30 szpitali, brak danych dla dwóch szpitali).

Do osiągnięcia celu analizy kompletność i ciągłość danych ma mniejsze znaczenie, porównywane były bowiem poszczególne hospitalizacje „wyceniane” wg obecnego i nowego systemu.

Do symulacji finansowych przyjęto jednakową dla wszystkich szpitali cenę jednostki rozliczeniowej (punktu) – 12 zł w obecnym systemie i 48 zł w JGP (założono, że 48 zł będzie ceną oczekiwaną w drugiej połowie 2008 roku).

Istotnym elementem analizy było ponadto wyznaczenie udziału hospitalizacji, dla których nie udało się wyznaczyć grupy JGP.

W trakcie prac prowadzonych w Centrali Funduszu nad przystosowaniem oprogramowania dla potrzeb pilotażu opracowano i wdrożono od strony informatycznej nie tylko algorytm grupowania, ale także określono zestaw wzorów raportów, które miały na celu uzyskanie wyników w oczekiwanych formatach oraz kontrolę prawidłowości przebiegu procesu. Lista wzorów raportów, sukcesywnie poszerzana i modyfikowana w trakcie pilotażu, została przedstawiona w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2 – Lista wzorów raportów

Lp.	Tytuł raportu
1	Wykaz procedur z nieokreśloną rangą
2	Wykaz procedur z nieokreśloną rangą wg wybranych świadczeniodawców
3	Wykaz ICD-10 zasadniczych dla których gruper nie określił potencjalnych JGP
4	Wykaz ICD-10 zasadniczych dla których gruper nie określił potencjalnych JGP wg wybranych świadczeniodawców
5	Wykaz ICD-9 dla których gruper nie określił potencjalnych JGP
6	Wykaz ICD-9 dla których gruper nie określił potencjalnych JGP wg wybranych świadczeniodawców
7	Wykaz danych epizodów dla których gruper nie określił JGP - ścieżka ICD-9
8	Wykaz danych epizodów dla których gruper nie określił JGP - ścieżka ICD-9 wg wybranych świadczeniodawców
9	Wykaz danych epizodów dla których gruper nie określił JGP - ścieżka ICD-10
10	Wykaz danych epizodów dla których gruper nie określił JGP - ścieżka ICD-10 wg wybranych świadczeniodawców
11	Zestawienie wg epizodów grup JGP, o tej samej taryfie, a najwyższej spośród potencjalnych JGP dla których zostały spełnione warunki
12	Zestawienie wg epizodów grup JGP, o tej samej taryfie, a najwyższej spośród potencjalnych JGP dla których zostały spełnione warunki wg wybranych świadczeniodawców
13	Zestawienie porównawcze wyników rozliczenia epizodów wg systemu JGP i katalogu świadczeń szpitalnych - SZP
14	Zestawienie porównawcze wyników rozliczenia epizodów wg systemu JGP i katalogu świadczeń szpitalnych - SZP, wg wybranych świadczeniodawców
16	Zbiorcze zestawienie przypisania poszczególnych JGP
17	Zbiorcze zestawienie przypisania poszczególnych JGP wg wybranych świadczeniodawców
18	Wykaz danych epizodów dla których gruper określił JGP - ścieżka ICD-9
19	Wykaz danych epizodów dla których gruper określił JGP - ścieżka ICD-9, wg wybranych świadczeniodawców
20	Wykaz danych epizodów dla których gruper określił JGP - ścieżka ICD-10
21	Wykaz danych epizodów dla których gruper określił JGP - ścieżka ICD-10, wg wybranych świadczeniodawców
22	Szczegółowe wyniki symulacji JGP wg wybranych epizodów
23	Szczegółowe wyniki symulacji JGP wg wybranych grup
24	Szczegółowe wyniki symulacji JGP wg wybranych świadczeniodawców
25	Wyniki symulacji JGP
26	Zbiorcze zestawienie przypisania poszczególnych JGP
27	Zestawienie liczby elementów kierujących do poszczególnych JGP

Oczywiście nie wszystkie ww. raporty miały znaczenie dla osiągnięcia celów pilotażu - część z nich miała jedynie charakter kontrolny. Podstawowe znaczenie na poziomie Centrali Funduszu miały raporty sporządzone wg wzoru nr 14 - Zestawienie porównawcze wyników rozliczenia epizodów wg systemu JGP i katalogu świadczeń szpitalnych - SZP, wg wybranych świadczeniodawców.

W celu przeprowadzenia analizy porównawczej wspomniane raporty „finansowe” zostały dodatkowo zmodyfikowane w formacie MS Excell wg następującej metody:

- Arkusze wynikowe, dotyczące poszczególnych świadczeniodawców uzupełniono o „moduły analityczne”, jak niżej:

	JGP	SZP	%	OSOBODNI	OIT
L. HOSP	120		7,85	120.00	360
FILTR	274 992	243 395	112,98	0.00	170
SUMA	9 526 560	5 585 065	170,57	0.00	167 712

Gdzie nagłówki oznaczają:

SUMA – suma ze wszystkich komórek JGP (kol H (l. pkt)*48) i SZP (kol I (l. pkt)*12),

FILTR – sumy pośrednie (jw.),

L. HOSP - sumy pośrednie (funkcja licznika),

OSOBODNI – odwołanie do kolumny AG,

OIT – odwołanie do kolumny AJ

- Założono filtry w wierszu nr 9 arkusza - FILTRY włączone: niezerowe JGP/
niepuste SZP,

- Opracowano format tabeli wynikowej w następującym kształcie:

L.p.	Nazwa szpitala	OW	SZP FILTR	JGP FILTR	% FILTR	% L. HOSP	OSOBODNI FILTR	OIT SUMA
1								
...								
44								

gdzie oznaczenia kolumn oznaczały:

SZP FILTR - wart SZP,

JGP FILTR - wart JGP,

% FILTR - wart JGP/ wart SZP,

% L. HOSP – l. JGP do l. SZP (licz.jeżeli „>0”),

OSOBODNI FILTR,

OIT SUMA

3. Przebieg pilotażu

3.1. Problemy

W przebiegu pilotażu nie napotkano na większe problemy natury organizacyjnej. Tym niemniej części szpitali istotną trudność sprawiło dostosowanie własnych systemów informatycznych do równoległego stosowania więcej niż jednej wersji klasyfikacji ICD-9. Wymóg korzystania w pilotażu z wersji zmienionej w stosunku do tej obowiązującej w statystyce publicznej wynikał z konieczności uaktualnienia i dostosowania klasyfikatora procedur do potrzeb JGP. Aktualnie wykorzystywana druga edycja ICD-9 nie była aktualizowana od blisko dziesięciu lat i nie zawiera pozycji odpowiadających wielu nowym technologiom medycznym.

Poważne problemy techniczne zaistniały w związku z importem danych przy pomocy komunikatu KLP na poziom Centrali oraz z niewystarczającą

wydolnością narzędzia Business Object 11, które, w miarę przetwarzania coraz większej liczby danych, nieproporcjonalnie wydłużyło czas potrzebny do wygenerowania raportów wynikowych. Przyczyna nieprawidłowego działania BO-11 została zidentyfikowana i usunięta w końcu maja poprzez zmianę ustawień instalacyjnych oprogramowania.

3.2. Zmiany i modyfikacje

Pośród uwag zgłaszanych przez świadczeniodawców w trakcie pilotażu na szczególną uwagę zasługują przypadki niewłaściwej ich zdaniem kompozycji charakterystyki JGP będącej efektem braku odpowiednich procedur w klasyfikacji ICD-9, co z kolei miało wpływ na możliwość lub brak możliwości wyznaczenia Grupy JGP. Wszystkie zgłoszenia w tym zakresie były przedmiotem wnikliwej analizy, w wyniku której dokonywano modyfikacji klasyfikacji ICD-9, charakterystyki JGP oraz tzw. wsadu parametryzującego grupek JGP. Analizy na dzień 2 czerwca przeprowadzono na materiale uwzględniającym większość zgłoszonych uwag (jednak nie wszystkie można było uwzględnić na poziomie Centrali na tym etapie).

Szereg uwag odnośnie ograniczonej stosowalności systemu JGP (wg ówczesnej wersji charakterystyki) w szczególnych warunkach klinicznych zgłosił Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich, co niestety znalazło swoje odzwierciedlenie także w wynikach pilotażu. Uwagi te zostały wzięte pod uwagę w ostatecznej wersji zarządzenia.

4. Wyniki pilotażu na dzień 2 czerwca 2008 r.

Dane do analizy przekazało 42 świadczeniodawców z 44, którzy zadeklarowali przystąpienie do pilotażu (brak danych z dwóch szpitali jest efektem opóźnień importu danych z oddziału do Centrali Funduszu).

Symulację kosztów, dokonana tylko dla tych hospitalizacji, które zostały przez grupę przydzielone do odpowiedniej grupy JGP, przedstawiono w tabeli nr 3. Te epizody, które nie znalazły grupy docelowej, są przedmiotem jakościowej i szczegółowej analizy, nie stanowią jednak przedmiotu poniższej analizy ilościowej. Najczęstszą przyczyną braku przypisania hospitalizacji do odpowiedniej grupy było użycie trzech znaków w kodzie ICD-10, niezgodnie

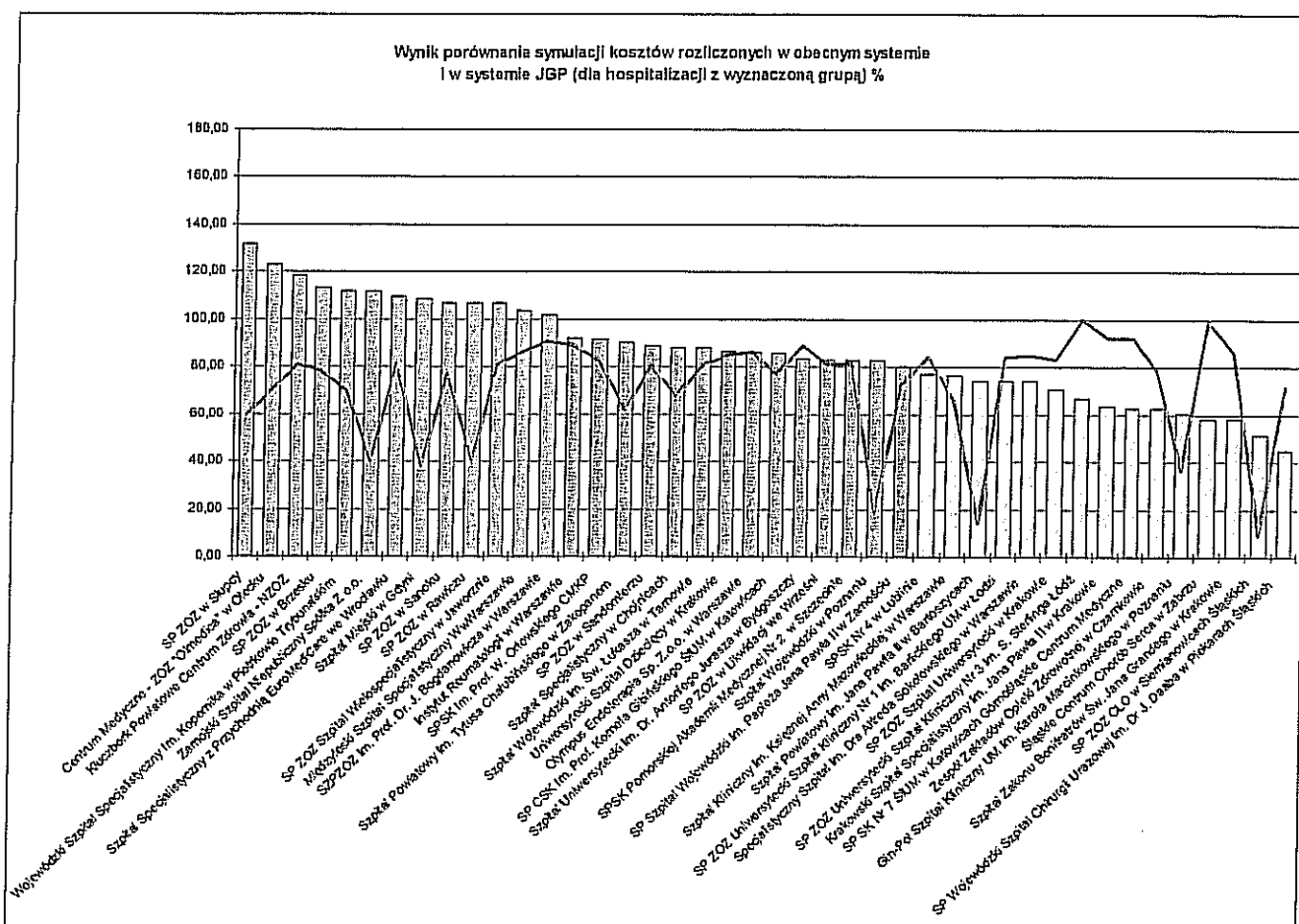
z międzynarodowymi zasadami kodowania. W wielu przypadkach brak przypisania do odpowiedniej grupy spowodowany był nie wpisaniem kodu ICD-9 CM procedury głównej, wynikającej wprost z nazwy sprawozdanego świadczenia z katalogu świadczeń szpitalnych. Inną przyczyną, szczególnie w odniesieniu do hospitalizacji zakończonych w pierwszych dwóch miesiącach bieżącego roku, było stosowanie wcześniejszej wersji klasyfikatora procedur ICD-9 CM, która nie obejmowała pełnej listy procedur, bądź dla takiego samego kodu procedury w wersji archiwalnej i obecnej występowała inna nazwa.

Tabela nr 3: Zestawienie podstawowych wyników pilotażu

Lp	Nazwa szpitala	Symulacja kosztów (dla 12 zł za 1 punkt i 48 zł za 1 punkt JGP)					
		Udział hospitalizacji, dla których ustalono JGP	świadczenia z katalogu świadczeń szpitalnych (zł)	przypisane grupy JGP (zł)	kol. 5/ kol. 4 (%)	osobodni dodatkowe (zł)	świadczenia w OIT (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Krakowski Szpital Specjalistyczny Im. Jana Pawła II w Krakowie	92,11	17 028 786	10 830 403	63,60	178 368	2 773 080
2.	Szpital Wojewódzki Im. Św. Łukasza w Tarnowie	80,30	9 277 056	8 154 835	87,90	227 472	620 640
3.	Uniwersytecki Szpital Dziecłęcy w Krakowie	84,73	10 689 492	9 266 486	86,69	1 521 504	726 840
4.	Szpital Powiatowy Im. Tytusa Chalubińskiego w Zakopanem	61,66	2 278 020	2 053 488	90,14	51 456	261 360
5.	SP ZOZ w Brzesku	78,34	2 474 374	2 805 696	113,39	139 872	183 240
6.	Szpital Zakonu Bonifratrów Św. Jana Grandego w Krakowie	85,92	2 790 246	1 618 675	58,01	47 808	241 920
7.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 3 Im. S. Sterlinga Łódź	99,80	14 316 108	9 579 792	66,92	99 600	0
8.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Im. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	69,58	5 249 838	5 878 253	111,97	119 184	783 720
9.	SP Szpital Wojewódzki Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu	71,77	12 248 892	9 786 115	79,89	111 120	355 320
10.	Zamojski Szpital Niepubliczny Spółka Z o.o.	40,08	1 997 412	2 234 582	111,87	39 072	0
11.	Szpital Uniwersytecki Im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	88,63	30 718 285	25 660 550	83,54	1 069 488	1 084 320
12.	Szpital Kliniczny Im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie	65,80	11 208 214	8 550 000	76,28	429 408	248 400
13.	SPSK Im. Prof. W. Orłowskiego CMKP	82,21	3 828 156	3 508 656	91,65	45 744	380 520
14.	SP CK Im. Prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	76,89	10 558 914	9 028 022	85,50	539 520	734 760
15.	SP ZOZ Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich	9,09	1 586 592	814 080	51,31	314 208	422 280
16.	SP ZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie	80	6 824 628	7 277 606	106,64	155 376	686 880
17.	SP Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej Im. Dr J. Daaba w Plekarach Śląskich	71,39	7 310 772	3 261 629	44,61	231 696	455 760

18.	Szpital Powiatowy Im. Jana Pawła II w Bartoszycach	14,12	987 936	734 179	74,31	15 888	553 680
19.	Centrum Medyczne - ZOZ "Olmedica" w Olecku	70,15	2 029 476	2 490 048	122,69	83 376	0
20.	SP ZOZ w Ilkwdacji we Wrześni	81,12	11 834 070	9 791 270	82,74	135 792	1 249 920
21.	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny UM Im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	36,20	10 654 565	6 401 520	60,08	358 272	0
22.	SP ZOZ w Rawiczu	40,44	781 992	834 672	106,74	7 344	546 840
23.	SP ZOZ w Słupcy	59,47	1 835 244	2 418 864	131,80	82 272	77 040
24.	SP Szpital Kliniczny PAM Nr 2 w Szczecinie	81,12	11 834 070	9 791 270	82,74	135 792	1 249 920
25.	Szpital Specjalistyczny EuroMediCare we Wrocławiu	81,16	1 608 396	1 762 464	109,58	0	0
26.	Specjalistyczny Szpital Im. Dra Alfreda Sokolowskiego w Warszawie	84,84	11 649 678	8 623 949	74,03	153 744	942 480
27.	SP Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	84,15	15 883 877	12 194 563	76,77	292 368	293 400
28.	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 Im. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	83,63	8 166 848	6 063 168	74,24	133 200	962 280
29.	SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	82,81	32 036 053	22 513 622	70,28	898 752	3 839 760
30.	Międzyleski Szpital Specjalistyczny WwWarszawie	85,87	4 019 844	4 167 216	103,67	80 064	228 600
31.	SZPZOZ Im. Prof. Dr. J. Bogdanowicza w Warszawie	90,61	3 314 052	3 377 760	101,92	25 728	177 120
32.	Instytut Reumatologii w Warszawie	88,77	858 996	790 080	91,98	7 248	0
33.	Olympus Endoterapia Sp. Z.o.o. w Warszawie	86,12	1 987 884	1 707 360	85,89	0	0
34.	Kluczbork Powiatowe Centrum Zdrowia - NZOZ	80,44	1 887 762	2 230 387	118,15	14 928	0
35.	SP ZOZ w Sanoku	77,10	5 233 926	5 602 003	107,03	130 752	408 240
36.	Szpital Specjalistyczny w Chojnicach	67,62	4 801 848	4 233 235	88,16	36 336	268 560
37.	Szpital Miejski w Gdyni	38,39	3 217 674	3 490 003	108,46	250 512	524 520
38.	SP SK Nr 7 ŚUM w Katowicach GCM	91,85	38 911 116	24 344 794	62,57	315 408	2 387 520
39.	Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze	98,97	21 463 118	12 496 848	58,22	113 136	875 520
40.	SP Zespół ZOZ w Sandomierzu	80,25	9 083 350	8 078 707	88,94	128 064	248 400
41.	Szpital Wojewódzki w Poznaniu	18,53	1 682 570	1 390 435	82,64	109 872	1 271 520
42.	Zespół ZOZ w Czarnkowie	77,83	27 346 498	17 097 274	62,52	148 656	1 485 000

Na wykresie poniżej uszeregowano świadczeniodawców uczestniczących w pilotażu, malejąco wg wskaźnika wyznaczonego w kolumnie 6 tabeli nr 3, to jest parametru pokazującego względną przewagę kosztów rozliczonych na podstawie JGP w stosunku do systemu obecnego. Linia czerwona zaznaczono na wykresie udział liczby hospitalizacji, które zostały uwzględnione w analizie, tzn. wyznaczono dla nich JGP, w stosunku do łącznej liczby hospitalizacji przekazanej w sprawozdaniu świadczeniodawcy.



Poddane symulacji dane pozwoliły podzielić świadczeniodawców na trzy grupy, dla których:

- wartość zrealizowanych hospitalizacji wyliczona na podstawie grup JGP przekracza wartość świadczeń wyliczoną na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych – grupa zielona;
- wartość zrealizowanych hospitalizacji wyliczona na podstawie grup JGP mieści się w przedziale 100%-80% wartości świadczeń wyliczonych na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych – grupa niebieska;
- wartość zrealizowanych hospitalizacji wyliczona na podstawie grup JGP jest niższa niż 80% wartości świadczeń wyliczonych na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych – grupa pomarańczowa;

W pierwszej grupie (zielonej) znalazło się 13 świadczeniodawców, co stanowi około 30% badanych. Większość stanowią szpitale powiatowe. Znamienne jest to, iż tak wysoki poziom finansowania osiągnięty został przy relatywnie niskim odsetku hospitalizacji, dla których wyznaczona została grupa JGP (np. SP ZOZ w Słupcy: wzrost poziomu finansowania o blisko 32% przy udziale hospitalizacji zakwalifikowanych do JGP rzędu 60%).

W grupie drugiej (niebieskiej) – znalazło się 14 świadczeniodawców, co stanowi ok. 33% badanych. Większość z nich stanowią szpitale

wysokospecjalistyczne kliniczne lub wojewódzkie, prowadzące wieloprofilową działalność. Największa wartość świadczeń została określona dla Instytutu Reumatologii w Warszawie (91,98%) przy współczynniku udziału hospitalizacji, dla których ustalono grupę JGP równym 88% oraz SPSK Im. Prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie (91,65%) przy współczynniku 82,21% rozpoznawalności grupy.

W grupie trzeciej (pomarańczowej) – znalazło się 15 świadczeniodawców, co stanowi ok. 35% badanych. Największa wartość świadczeń została określona dla SP Szpitala Wojewódzkiego Im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu (79,89%) przy współczynniku udziału hospitalizacji, dla których ustalono grupę JGP równym 71,77% oraz SPSK Nr 4 w Lublinie (76,77 %) przy współczynniku 84,15% rozpoznawalności grupy.

Symulacja i porównanie wyników finansowych w obecnym i nowym systemie rozliczeniowym, przy zróżnicowanym stopniu przypisania hospitalizacji do grupy JGP wykazała, że finansowanie u ponad 60% świadczeniodawców będzie na porównywalnym poziomie lub większym.

Ponieważ wyniki wstępnej analizy ilościowej okazały się niekorzystne dla szpitali wysokospecjalistycznych, klinicznych i części wojewódzkich, przeprowadzono szczegółową analizę na podstawie kilku z nich w tym m.in. danych Szpitala Uniwersyteckiego Im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy. Jest to duży, wieloprofilowy szpital posiadający aktualnie umowę z NFZ w następujących zakresach świadczeń (oddziały szpitalne): świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, choroby wewnętrzne, alergologia dziecięca, diabetologia, endokrynologia, gastroenterologia dziecięca, geriatria, hematologia dziecięca, immunologia kliniczna dziecięca, kardiologia, angiologia, nefrologia, dermatologia, neurologia, neurologia - leczenie udarów, onkologia dziecięca, anestezjologia i intensywna terapia, pediatria, neonatologia, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, chirurgia naczyniowa, chirurgia plastyczna, kardiochirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, okulistyka, otorynolaryngologia, audiologia i foniatria, urologia i transplantologia kliniczna.

Na podstawie epizodów przypisanych do grup (względnie wysoki wskaźnik 87,76%) oszacowano wstępny wynik finansowy w systemie JGP na poziomie 91,99%. Następnie dokonano szczegółowej analizy poprawności przypisania epizodów do grup. Wskaźnik przypisania do grup obniżył się do 65,45% ale wynik finansowy poprawił się do poziomu 111,14%. Dla pozostałej puli epizodów (22,3%) przypisanych wprowadzie do grup ale

nieadekwatnie, wynik finansowy wynosił 57,30%. Podstawowym powodem złego przypisania do grupy i słabego wyniku finansowego był wybór grupy zachowawczej zamiast zabiegowej z powodu błędnego kodowania.

5. Wnioski

5.1. Wnioski dotyczące sposobu kodowania świadczeń

Przebieg pilotażu pozwolił na sformułowanie następujących wniosków, dotyczących sposobu kodowania w analizowanej grupie szpitali, pod kątem spełnienia wymagań systemu JGP.

Odsetek epizodów szpitalnych trafiających do grup JGP jest bardzo zróżnicowany: od stosunkowo wysokiego (ponad 99 % - jeden szpital, powyżej 90% - 4 szpitale, powyżej 80 % -18 szpitali) do niskiego (poniżej 50% - 8 szpitali). Wpływ na powyższe wyniki mają dwa rodzaje nieprawidłowości w kodowaniu po stronie szpitali:

- niezgodne z zasadami kodowanie ICD-10 z użyciem trzech znaków – powoduje niski wskaźnik wyboru grup,
- niezgodny z zasadami kodowanie ICD-9 z pominięciem kodów szczegółowych (pięcioznakowych) dostępnych dla większości procedur – nawet przy wysokim wskaźniku wyboru grup powoduje wybór niewłaściwych grup (zachowawczych zamiast zabiegowych), a w konsekwencji obniża wynik finansowy.

Zasadniczy wpływ na wyniki miało użycie ICD-9 II edycji z 1999 roku obciążonej bardzo istotnymi brakami w zakresie kodów procedur, szczególnie z zakresów ortopedia i kardiologia.

Po przeprowadzeniu szkoleń dla tzw. „koderów” w placówkach lecznictwa zamkniętego, współczynnik udziału rozpoznawalności grup powinien znacząco wzrosnąć.

5.2. Wnioski dotyczące wyniku finansowego

Wnioski dotyczące wyniku finansowego w oparciu o dostępne dane (styczeń-kwiecień) są obciążone istotnym ryzykiem (analiza jest możliwa tylko w odniesieniu do prawidłowo przyporządkowanych epizodów) ale warto zauważyć następujące fakty:

- trzyście szpitali uzyskało korzystny wynik finansowy (ogółem 110,12%) – nawet w sytuacji, gdy kodowanie procedur i rozpoznań nadal jest obciążone błędami,
- efekt finansowy wynikający z mechanizmu użycia rozliczenia dodatkowych osobodni wyniósł dla szpitali w pilotażu ogółem 2,34% i był niższy od oczekiwanego (5%),

- na tym tle widoczny jest wyższy od oczekiwanego efekt finansowy rozliczenia dodatkowych osobodni w szpitalach o profilu dziecięcym, ginekologiczno-neonatologicznym, leczenia oparzeń (ogółem 7,7%),
- przyjęta metoda analizy nie może na tym etapie ujawnić dodatkowego korzystnego dla szpitali mechanizmu łączenia rozliczeń OAiIT z grupami ze względu na ograniczone dane.

W oparciu o dostępne, wstępne wyniki analiz można prognozować wynik finansowy szpitali po wprowadzeniu JGP na poziomie powyżej 12% wzrostu wynikającego z wyceny poszczególnych grup oraz rozliczania dodatkowych osobodni z pominięciem udziału procedur przeznaczonych do sumowania oraz rozliczeń OAiIT.

CZEŚĆ II

Ocena dojrzałości projektu JGP pod względem spełnienia oczekiwań środowisk medycznych

W okresie od września do grudnia 2007 roku w siedzibie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia odbyło się 51 spotkań z 34 z konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny poświęconych konsultacjom projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne na rok 2008. W trakcie spotkań poczynione zostały ustalenia skutkujące dokonaniem, w przypadkach niewłaściwego przypisania procedur wg klasyfikacji ICD-9 CM oraz rozpoznaw wg klasyfikacji ICD-10, zmian w charakterystyce części grup oraz wyodrębnieniem nowych grup świadczeń.

Po zakończeniu tego etapu do konsultantów krajowych rozesłane zostały protokoły zawierające ustalenia poczynione w trakcie odbytych spotkań wraz z ankietą mającą na celu poznanie opinii odnośnie efektów współpracy z pracownikami Centrali NFZ w zakresie systemu JGP. Do dnia dzisiejszego zatwierdzone protokoły oraz wypełnione ankiety odesłało 19 respondentów. Z udzielonych odpowiedzi wynika, iż uczestnicy badania w większości pozytywnie ocenili zarówno sam przebieg spotkań z pracownikami Centrali NFZ jak i potrzebę oraz ideę wprowadzenia systemu JGP.

Po zakończeniu kolejnego etapu prac, projekt zarządzenia Prezesa został, zgodnie z przepisem art. 146 ust. 2 i 3 znowelizowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przedstawiony do zaopiniowania konsultantom krajowym oraz przedstawicielom reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Do Centrali NFZ wpłynęło 417 uwag zgłoszonych przez 71 uczestników systemu ochrony zdrowia. Zostały one rozpatrzone przed podpisaniem zarządzenia przez Prezesa NFZ.

Obecnie w dalszym ciągu zgłaszane są kolejne uwagi, które są sukcesywnie rozpatrywane i zostaną ewentualnie uwzględnione przy kolejnych zmianach zarządzenia.

NFZ dokonał przeglądu opinii prasowych oraz uwag nadesłanych w związku z opublikowaniem projektu zarządzenia.

Od pojawienia się przed rokiem pierwszych informacji prasowych o zamiarze wprowadzenia przez Fundusz nowych zasad finansowania świadczeń szpitalnych, większość wypowiedzi odnosiła się do samej koncepcji systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) ze zrozumieniem i akceptacją. Przywoływano również wcześniejsze doświadczenia wskazując na brak konsekwencji i zdecydowania przy próbach wdrożenia polskiej wersji DRG.

Niemal wszyscy wskazują na potrzebę i korzyści wynikające ze zmiany uwzględniającej aspekt podmiotowy finansowania wzbogacony o obiektywne i sparametryzowane dane.

Obawy i zastrzeżenia dotyczą finansowania opieki wysokospecjalistycznej, uśrednienia kosztów świadczeń, zapewnienia jakości, a przede wszystkim tempa zmian nie dającego możliwości zapoznania się z mechanizmami finansowania, wyszkolenia osób zajmujących się kodowaniem świadczeń, oraz przygotowania narzędzi informatycznych i wydolności systemów.

Wojciech Maksymowicz, były minister zdrowia, przestrzega przed wprowadzeniem systemu do finansowania świadczeń najprostszych z pominięciem szczególnego znaczenia procedur wysokospecjalistycznych, umożliwiających rozwój medycyny. Profesor Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca, wskazuje na fakt, że o efektywności medyczo-ekonomicznej danego ośrodka decyduje nie tylko doświadczenie zespołu i organizacja pracy, ale przede wszystkim rodzaj chorych trafiających do oddziału.

NFZ stoi na stanowisku, że założenie stratyfikacji grup pacjentów, przyjęte przez Fundusz, jest dobrym kierunkiem. Dedykowanie wybranych grup, obejmujących leczenie pacjentów o najwyższej kosztochłonności, prowadzone przez nieliczne ośrodki wysokospecjalistyczne, jest rozwiązaniem korzystnym zarówno dla chorych jak i dla placówek referencyjnych. Zapewnienie, że świadczenia te wykonywać będą szpitale mające doświadczoną kadrę i odpowiednio nowoczesny sprzęt wynika z warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w materiałach informacyjnych. Dotyczy to np. zabiegów endowaskularnych, świadczeń z zakresu położnictwa i neonatologii, leczenia udarów mózgu. Jednoczesne finansowanie z budżetu państwa wybranych procedur wysokospecjalistycznych zapewnia zarówno wdrażanie nowych technologii jak też gwarantuje realizację świadczeń o wysokim stopniu złożoności, wykonywanych w nielicznych ośrodkach.

W innych wypowiedziach i opiniach wskazywano wprost na potrzebę uwzględnienia poziomu referencyjnego. NFZ wyraża przekonanie, że stosowanie wskaźnikowego zróżnicowania finansowania nie ma podstaw, a poza tym byłoby mechanizmem promującym istniejącą bazę a nie efektywne zużycie zasobów. Zmiana nastawienia z finansowania poszczególnych czynności, procedur, a więc podejścia przedmiotowego na finansowanie podmiotowe, skierowane na diagnozowanie i leczenie człowieka chorego, ze wszystkimi okolicznościami towarzyszącymi, powikłaniami i schorzeniami współistniejącymi będzie sprzyjać opłacaniu świadczeń za rezultaty postępowania. Podjęto już działania mające na celu praktyczne wykorzystanie efektów leczenia w przypadku n.p powikłań cukrzycy. Finansowanie kompleksowego postępowania wymaga posiadania rozległej wiedzy statystycznej o schorzeniach i procedurach, którym przypisano określone wartości kosztowe. Prawidłowe zdefiniowanie takiego

wszechstronnego postępowania będzie możliwe dopiero po kilku latach gromadzenia informacji. Dlatego też zastosowanie przez Fundusz rozwiązania polegającego na agregowaniu świadczeń generujących szczególne koszty zastosowanych wyrobów medycznych czy produktów leczniczych można uznać za korzystne dla świadczeniodawców. Dotyczy to w szczególności kompleksowego postępowania w chorobach nowotworowych, kiedy podejmuje się decyzje terapeutyczne o różnorodności przekraczającej możliwość uśrednienia. Liczba schematów leczenia, kombinacji różnych metod terapeutycznych, zróżnicowanie czasu leczenia, rokowania i reakcji na zastosowaną metodę leczniczą uniemożliwia standaryzację finansowania. Przyjęcie możliwości sumowania postępowania diagnostycznego, zabiegowego, chemioterapeutycznego i radioterapii jest w tym przypadku ze wszech miar uzasadnione.

W trakcie prac nad koncepcją JGP, stwierdzono, że system JGP nie wpływa na poprawienie jakości świadczeń zdrowotnych i dlatego działania na rzecz jakości leczenia szpitalnego muszą być podejmowane niezależnie. Jednym ze sposobów miało być określenie i egzekwowanie standardów świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich, które są oparte na ocenie technologii medycznych. NFZ uważa, że zapewnienie jakości opieki wymaga spełnienia kilku warunków. Przede wszystkim w materiałach informacyjnych wskazano na obowiązek stosowania się do wytycznych, rekomendacji i zaleceń opracowanych przez towarzystwa naukowe. W polskich warunkach płatnik nigdy nie będzie miał możliwości weryfikacji wszystkich świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wymaga to rozbudowy aparatu kontrolnego, na co nie ma i nie będzie zgody społecznej, bowiem spowodowałoby to ograniczenie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń o kilkanaście procent. Jedynym rozwiązaniem jest stworzenie możliwości monitorowania realizacji świadczeń w systemie informatycznym w oparciu o wybrane wskaźniki, np. powrotów do leczenia z tego samego powodu, przyjęć z powodu powikłań poleczeniu w innych ośrodkach. Koncepcję zestawu wskaźników jakości postępowania i monitorowania jakości powinno opracować Centrum Monitorowania Jakości. Do dbałości o zapewnienie odpowiedniego poziomu świadczeń i zgodności postępowania z akceptowanymi przez środowisko medyczne rekomendacjami, opartymi o zasady EBM, odpowiedzialny powinien poczuć się nadzór specjalistyczny, towarzystwa naukowe i samo środowisko profesjonalistów medycznych, np. poprzez działania korporacyjne.

W materiałach prasowych i nadsyłanych opiniach powtarza się stwierdzenie, że działania informacyjne i szkoleniowe Funduszu nie są wystarczające. Można uznać, że oczekiwania świadczeniodawców w tym zakresie nigdy w pełnym zakresie nie będą zaspokojone. Jednocześnie istotne jest stworzenie własnej aktywności świadczeniodawców. Są szpitale, które wszystkie informacje zamieszczają w swoich systemach informacyjnych, wykazują

zainteresowanie i zaangażowanie, nie oczekując wyłącznie na dostarczenie gotowego produktu. Fundusz zainicjował wdrożenie kilkuletniego projektu szkolenia profesjonalnie przygotowanej grupy osób, wyspecjalizowanych w kodowaniu świadczeń, projektu finansowanego ze środków europejskich. Od jesieni 2007 r. na stronie internetowej Centrali Funduszu zamieszczane są uaktualniane informacje o systemie JGP w formie prezentacji. W czasie spotkań ze szpitalami uczestniczącymi w pilotażu, ale również podczas spotkań z zespołami specjalistów, towarzystw naukowych wielokrotnie przedstawiano informacje o zasadach finansowania i kodowania schorzeń i procedur. Wyszkolono grupę trenerów spośród pracowników oddziałów koordynujących działania organizacyjne i informacyjne w zakresie systemu JGP na własnym terenie. Oddziały wojewódzkie od kilku miesięcy prowadzą z różną intensywnością działania promocyjne i informacyjne w środowisku lokalnym i wśród świadczeniodawców.

Uwagi nadsyłane do Centrali Funduszu w związku z opublikowaniem projektu zarządzenia zawierają kilka kluczowych problemów:

- finansowanie i zasady udzielania świadczeń dla noworodków, niemowląt i dzieci po ukończeniu pierwszego roku życia;
- jakość świadczeń warunkowana liczbą i doświadczeniem profesjonalistów;
- możliwość rozliczania określonych grup w odpowiednich zakresach świadczeń;
- poprawność charakterystyki grup ze względu na profil schorzeń i zakres (rozległość) zabiegów;
- poziom finansowania świadczeń w określonych grupach.

Uwzględniono wcześniej zgłaszane postulaty wyodrębnienia grup dla świadczeń specjalistycznych u noworodków i niemowląt (kardiologia dziecięca, chirurgia dziecięca), szczególnych zabiegów wykonywanych u małych dzieci (kardiologia dziecięca, otolaryngologia dziecięca). Utworzenie nowej grupy wymaga jej zdefiniowania (procedury, rozpoznania, częstość wystąpień, koszty). Dotychczasowe wnioski miały charakter ogólny, najczęściej ograniczający się do nazwy i wskazania oczekiwanej ceny. Proponowano również zastosowanie określonych wskaźników. Takie wnioski, na obecnym etapie prac nie mogły być uwzględnione. Proponowano również rozszerzenie uprawnień do rozliczania grup specjalistycznych w pediatrii. Postępowanie takie byłoby niezgodne z założeniami i logiką systemu. Przyjęto, że świadczenia o charakterze wysokospecjalistycznym mogą być rozliczane jedynie w oddziałach specjalistycznych dla dzieci. Problem możliwości wykonywania zabiegów i prowadzenia leczenia dzieci w oddziałach nie spełniających wymagań dla oddziałów dziecięcych uregulowany jest w przepisach prawa, dodatkowo jednak zamieszczono odpowiedni przepis w treści zarządzenia.

Wymagania określone dla realizacji i rozliczania określonych grup zostały określone przez Fundusz w drodze uzgodnień z rozbieżnymi często stanowiskami

specjalistów w różnych dziedzinach. Brak standardów postępowania medycznego uniemożliwia jednoznaczną regulację. Podobnie uprawnienie do rozliczania określonych grup świadczeń ma fragmentaryczne umocowanie w przepisach prawa. Jest to też element gwarancji bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń.

Wiele postulatów dotyczących charakterystyki grup, klasyfikacji procedur, racjonalnie uzasadnionych, zostało uwzględnionych. Często jednak formułowane wnioski wynikają z braku znajomości systemu, np. propozycja Polskiego Towarzystwa Mukowiscydozy, wsparta przez konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii, dotycząca umieszczenia rozpoznania mukowiscydozy w kilkunastu grupach bazowych, jako sprzeczna z zasadami systemu, nie mogła być uwzględniona.

Wnioski.

1. Potrzeba sprawnego zarządzania szpitalami w oparciu o sparametryzowane informacje o postępowaniu medycznym jest bezdyskusyjna.
2. Nadzieje wśród świadczeniodawców budzi uruchomienie projektu szkolenia profesjonalnej grupy koderów finansowane ze środków europejskich.
3. Wdrożenie nowego sposobu finansowania świadczeń szpitalnych jest tylko początkiem drogi. Najważniejsze będzie dalsze rozwijanie systemu JGP na podstawie rzetelnej analizy statystycznej.
4. Konieczna jest publiczna dyskusja nad wynikami analiz realizacji świadczeń szpitalnych, wskaźnikami działalności i porównawcza ocena. Sugerujemy oparcie się na doświadczeniach NordDRG, któremu poświęcone są okresowe konferencje mające na celu wymianę doświadczeń.
5. Podstawą analizy systemu JGP muszą być wiarygodne dane kosztowe. W tym celu niezbędne jest prawne zobowiązanie zakładów opieki zdrowotnej do ujednolicenia metody rachunku kosztów i transparentność danych o kosztach świadczeń finansowanych ze środków publicznych do których dostęp powinien uzyskać również płatnik.
6. Zastanowić się należy czy wszystkie jednostki poddają się finansowaniu w systemie JGP. Niektóre placówki wysokospecjalistyczne, np. Centrum Zdrowia Dziecka, które prowadzą postępowanie interdyscyplinarne, mogłyby być wyłączone spod działania systemu i finansowania budżetowo. Wymaga to jednak zmian prawa

CZĘŚĆ III

Analiza aspektów informatycznych projektu JGP

1. W związku z przygotowaniem wdrożenia systemu Jednorodnych Grup Pacjentów w dniu 5 czerwca br. odbyło się spotkanie, podczas którego ostatecznie wyjaśniono i ustalono sposoby rozwiązania kwestii zgłaszanych przez dostawców oprogramowania (Kamsoft, Sygnity), które warunkowały harmonogram dostosowania systemów informatycznych oddziałów wojewódzkich. W wyniku spotkania ustalono następujący harmonogram:

Faza projektu	Dostawca oprogramowania	
	Sygnity	Kamsoft
1. Uruchomienie grupera „fazy 0”	20.06.2008	20.06.2008
2. Umożliwienie obsługi komunikatu świadczeń i walidacja grupy JGP (faza 1)	15.07.2008	1.08.2008
3. Implementacja walidacji związanych z macierzą sumowań oraz listą wykluczeń i walidacji	1.08.2008	1.08.2008
4. Umożliwienie obsługi komunikatu świadczeń i walidacja grupy JGP (faza 2)	1.08.2008	1.08.2008

UWAGA (do pkt 2)

W związku z oczekiwaną nowelizacją rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców... (projekt przekazany już do RCL) konieczna będzie ponowna zmiana obowiązującego komunikatu sprawozdawczego XML, którą trzeba będzie wprowadzić po podpisaniu nowelizacji.

2. Algorytm grupera - testy

Jednym z kluczowych elementów prawidłowego działania systemu JGP jest algorytm, który na podstawie określonego zestawu danych wejściowych przyporządkowuje hospitalizację do konkretnej jednorodnej grupy JGP albo katalogu świadczeń odrębny, a także wyznacza ostateczną wartość grupy JGP. System informatyczny obsługujący przedmiotowy algorytm jest nazywany gruperem JGP. Prace nad strukturą algorytmu grupera JGP rozpoczęły się jeszcze w roku 2007 i są kontynuowane do chwili obecnej. Algorytm jest sukcesywnie rozwijany - uzupełniany o nowe elementy (np. w zakresie obsługi dodatkowych osobodni) i korygowany w związku ślad z wynikami przeprowadzanych testów. Poza samym przebiegiem grupowania opracowano i stale się udoskonala tzw. tabelę parametryzującą, zawierającą wsadowe elementy sterujące procesem, a w szczególności: słowniki zakresów świadczeń, tablice sumowań, parametry wyznaczania poszczególnych grup JGP i szereg innych elementów. Zarówno algorytm, jak i tabela parametryzująca są jawne – kolejne wersje, wraz z opisem, są publikowane na stronie internetowej Centrali Funduszu.

Pierwszy test algorytmu miał miejsce przy okazji pilotażu JGP, w którym udział wzięły 42 wybrane szpitale z całej Polski. Pierwsze porównanie działania gruperów JGP przygotowanych przez obu dostawców oprogramowania obsługujących Narodowy Fundusz Zdrowia na danych przekazanych przez szpitale, wskazało na potrzebę z jednej strony dokonania korekt i uzupełnień algorytmu, z drugiej strony przygotowania przez Fundusz testowego pliku wsadowego, który pozwoliłby jednoznacznie zmierzyć spójność działania gruperów. Centrala Funduszu przekazała dostawcom oprogramowania w dniu 26 maja br. plik testowy umożliwiający sprawdzenia działania aplikacji dla wszystkich grup JGP. Uzyskane w kilka dni później wyniki działania testu wskazały na zgodność wyznaczania grupy JGP zgodnie z oczekiwaniami Centrali na poziomie 95%. Podobny odsetek zgodności wyznaczenia grupy JGP wystąpił pomiędzy oboma dostawcami. Analiza zaistniałych rozbieżności wskazała na konieczność modyfikacji algorytmu i uzupełnienia go o mechanizmy sterujące wyznaczeniem niektórych grup w przypadku zaistnienia szczególnych przypadków kodowania rozpoznań i procedur, co powinno doprowadzić do uzyskania pełnej zgodności działania algorytmu z oczekiwaniami. W chwili obecnej prace w przedmiotowym zakresie są zakończone w Centrali NFZ, a wdrożeniowa wersja grupera osiągnęła pełną zgodność z oczekiwaniami.

3. Testy obciążeniowe grupera

W celu weryfikacji wpływu obciążenia wygenerowanego przez procesy obliczeniowe związane z wyznaczaniem jednorodnych grup pacjentów (JGP) przygotowano założenia i uproszczone scenariusze testów w systemach oddziałowych. Scenariusz testów zakładał obserwacje poziomu obciążenia monitorowanych zasobów danej maszyny (procesor, stronicowanie, pamięć

dyskowa itp.) przy uruchomionym w danym przedziale czasu programu wyznaczającego JGP. Oddziały otrzymały scenariusze ich przeprowadzenia.

Zaobserwowano znaczne w stosunku do innych sesji użycie plików dziennika powtórzeń (statystyki wykazały 85 % wykorzystanie zasobów serwera bazy danych przez sesję w ramach której wyliczano JGP w stosunku do pozostałych sesji), natomiast nie zaobserwowano znaczącego wzrostu utylizacji innych zasobów (utylizacja procesorów, pamięć operacyjna, stronicowanie).

W żadnym z oddziałów nie zaobserwowano skutków które mogłyby radykalnie wpłynąć na obciążenie systemów.

Zauważyć trzeba że proces wyznaczania JGP dotyczy tylko szpitali, które stanowią znikomy procentowo udział w sprawozdaniach przesyłanych do NFZ.

Konkludując można wnioskować że obciążenie systemów nie powinno wzrosnąć efektywnie więcej niż o 20 -30 %. Do podobnego wniosku doszła firma Sygnity szacując wzrost obciążenia w obszarze LOADER-a na ok. 20 %.

3. Analiza zagrożeń i poziom istotności rozpoznanych ryzyk projektu

3.1 Po przeprowadzonym teście pracy „grupera” w Oddziałach Wojewódzkich oraz analizie wolumenu danych podlegających zmienionej procedurze rozliczeń zmienił się poziom istotności rozpoznanych zagrożeń i ryzyk projektu.

Zagrożenie niewystarczającej wydajności infrastruktury przestaje być istotne.

Zarówno ilość danych podlegającej procedurze wyznaczania grupy (mniej niż 7% wszystkich danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców do Funduszu) jak i uproszczenie algorytmu grupowania pozwalają postawić tezę, że ewentualny wzrost zapotrzebowania na moc maszyn nie wystąpi w stopniu wyraźnie pogarszającym warunki pracy Oddziałów.

Wniosek ten potwierdzają również informacje o wynikach analizy pracy grupera w tych Oddziałach, które podjęły zadanie obserwacji zmiany obciążenia swojej infrastruktury po uruchomieniu narzędzia testowego.

3.2 Zmiany wymagań użytkownika powodujące zmiany algorytmu grupera wpływają na zagrożenie niedostosowania w terminie systemów świadczeniodawców do zmienionego sposobu rozliczeń.

To zagrożenie jest tym bardziej istotne, że dotyczy **zewnętrznych dostawców oprogramowania** dla szpitali i jedynym sposobem jego ograniczenia jest opublikowanie z odpowiednim wyprzedzeniem kompletnych ostatecznych wersji materiałów: algorytmu grupera, tabel parametrów i komunikatów sprawozdawczych. Rozstrzygnięto i zamknięto podstawowe dla implementacji kwestie dotyczące procesu komunikacji ze świadczeniodawcami (zakres danych przekazywanych świadczeniodawcy w tzw. fazie zero i przekazywanych przez niego w fazie 1-szej), co pozwoliło na ustalenie a w konsekwencji publikację formatów zmienionych komunikatów sprawozdawczych.

3.4 Dodatkowym zagrożeniem projektu jest konieczność modyfikowania funkcjonującego mechanizmu rozliczeń w systemach oddziałowych. Z powodu krótkiego czasu zakładanego przez Fundusz na wykonanie tej operacji (1.07.2008 faza uruchomienia grupera i 1.08.2007 faza rozliczeń) istnieje ryzyko błędów .

W celu ograniczenia ryzyka dezorganizacji pracy Funduszu dostawcy zaproponowali sposób implementacji minimalizujący stopień zmian funkcjonujących systemów rozliczeniowych tak, aby ewentualne błędy nie propagowały się na pozostałe części oraz użytkowników tych systemów.

CZĘŚĆ IV

Analiza aspektów prawnych wprowadzenia nowych zasad rozliczania świadczeń

Wprowadzenie zarządzenia o JGP w życie spowoduje przede wszystkim zmianę sposobu rozliczania świadczeń, a co za tym idzie zmianę ceny jednostkowej świadczeń. W związku z tym niezbędne jest uzasadnienie dla dokonania zmiany takiej ceny na tle obowiązujących przepisów prawa.

Ze względu na pewne różnice należy odrębnie rozważyć umowy:

- I. wieloletnie zawarte na rok 2006 lub 2007, obowiązujące także w 2008 r.,
- II. umowy zawarte na rok 2008 i lata następne,
- III. umowy wygasające w 2007 r., których okres obowiązywania przedłużono na rok 2008 r.

I. Umowy wieloletnie zawarte na rok 2006 lub 2007, obowiązujące także w 2008 r.

Możliwość zawarcia aneksów wprowadzających do stosowania ww. zarządzeń należy ocenić na gruncie rozwiązań przewidzianych w Kodeksie cywilnym, jak również art. 158 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

1. Możliwość aneksowania umów na gruncie przepisów Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 155 § 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) – zwanej dalej „ustawą - do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Przepis ten przesądza o cywilnoprawnym charakterze umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że w odniesieniu do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy stosować normy i zasady prawa cywilnego. Reguły prawa cywilnego zostają wyłączone wyłącznie w przypadkach, gdy ustawa odmiennie reguluje daną kwestię.

Zgodnie z art. 146 ustawy Prezes Funduszu został umocowany do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert oraz warunków wymaganych

od świadczeniodawców. Określenie przedmiotu postępowania oraz określenie warunków wymaganych od świadczeniodawców prowadzi do ustalenia warunków realizacji umowy (materiałów informacyjnych).

Ustalone warunki realizacji umowy (materiały informacyjne) wyznaczają treść istniejącego stosunku umownego w zakresie wzajemnych obowiązków stron umowy. Z uwagi na potrzeby obrotu prawnego oraz wyrażoną w art. 134 ust. 1 ustawy zasadę równego traktowania świadczeniodawców określenie warunków relacji umowy musi mieć charakter uniwersalny, to jest jednakowy dla wszystkich świadczeniodawców wykonujących umowę w danym rodzaju świadczeń.

W tym zakresie materiały informacyjne mają charakter wzorców umownych, o których mowa w art. 384 k.c. Zgodnie z art. 384 § 1 i 2 k.c. ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzory umów, regulaminy wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przy zawarciu umowy. W razie gdy posługiwano się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści.

Warunki zawierania i realizacji umów określające warunki realizacji i finansowania świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjmowane przez Prezesa Funduszu, znajdują wprost umocowanie w przepisach art. 146 pkt 1 i 3 ustawy. Zgodnie z art. 384 k.c. materiały informacyjne, jako wzorzec umowny, mają moc wiążącą dla stron umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń zawierają w § 1 zastrzeżenie, że świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę w okresie roku kalendarzowego lub okresu rozliczeniowego zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w warunkach zawierania i realizacji umów przyjętych wskazanym zarządzeniem Prezesa Funduszu. Taki stan rzeczy oznacza, iż warunki realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone są co do zasady corocznie. Odmienne postanowienia zawierają w roku 2008 umowy w rodzaju leczenie szpitalne. W umowach tych określono, że warunki te są stosowane w okresie krótszym niż rok.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani postanowienia Ogólnych warunków umów nie zawierają żadnych postanowień odnoszących się do kwestii zmiany warunków zawierania i realizacji umów w trakcie obowiązywania umowy. W tym zakresie znajduje jednak zastosowanie art. 384¹ k.c. Zgodnie z tym przepisem wzorzec wydany w czasie trwania stosunku umownego o charakterze ciągłym wiąże drugą stronę, jeżeli zostały zachowane wymagania określone w art. 384 (tj. dotyczące przedstawienia treści wzorca umownego do wiadomości kontrahenta), a strona nie wypowiedziała umowy w najbliższym terminie wypowiedzenia. Brak wypowiedzenia przez świadczeniodawcę oznacza zatem, iż nowe warunki realizacji umowy o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są wiążące dla stron umowy.

Obecnie obowiązujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, jak i przepisy OWU, nie zawierają postanowień określających termin (okres) wypowiedzenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Postanowienia takie, jako odpowiadające treści art. 136 pkt 7 ustawy zostały wprowadzone w innych rodzajach świadczeń.

Należy w tym miejscu uczynić zastrzeżenie, że do umów w rodzaju leczenie szpitalne mają zastosowanie nadal Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzone w życie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Przepis § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz. 484) stanowi, że postanowienia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów, obowiązują do czasu zmiany tych umów, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2008 r. W praktyce oznacza to, że Ogólne warunki umów wprowadzane nowym rozporządzeniem mają zastosowanie jedynie do umów zawieranych po dniu wejścia w życie rozporządzenia oraz w stosunku do umów zawartych przed tą datą, o ile wprowadzono do nich zmiany w drodze aneksu. Należy zaznaczyć, że przez zmiany, o których mowa w § 2 rozporządzenia należy rozumieć - *lege non distinguente* - wszelkie zmiany, a nie tylko odnoszące się do postanowień o stosowaniu OWU.

Poza określeniem warunków realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przedmiotem ustaleń na kolejny okres rozliczeniowy są również warunki finansowe umowy (kwota zobowiązania) - § 32 OWU. W tym zakresie przepisy OWU określają ściśle termin, do którego musi nastąpić uzgodnienie warunków finansowych umowy – tj. do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego. Ustalenie warunków finansowych oraz ustalenie warunków realizacji umowy (przyjęcie albo odmowa przyjęcia nowych warunków realizacji umowy) pozostaje ze sobą w ścisłym związku. W związku z powyższym należy przyjąć, iż wypowiedzenie umowy z uwagi na nieprzyjęcie warunków realizacji umowy (materiałów informacyjnych) na kolejny okres rozliczeniowy może nastąpić najpóźniej w terminie przed uzgodnieniem warunków finansowych na kolejny okres rozliczeniowy. Nieuzgodnienie warunków finansowych w terminie do dnia 30 listopada bieżącego okresu rozliczeniowego powoduje, iż umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku (chyba, że strony postanowią inaczej – nowe OWU). W tym czasie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest realizowana na dotychczasowych warunkach. Nowe OWU, które będą obowiązywały od momentu podpisania aneksu do umów, przewidują w § 32 ust. 5, że w przypadku gdy okres rozliczeniowy kończy się przed upływem roku kalendarzowego, przepisy ust. 1-4 stosuje się odpowiednio. Termin ustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania świadczeń

następuje miesiąc przed zakończeniem okresu rozliczeniowego. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania umowa ulega rozwiązaniu po upływie kolejnych dwóch miesięcy.

Stosownie do postanowienia § 32 ust. 2 OWU ustalenie kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1, następuje w drodze zmiany umowy (§ 32 ust. 2 nowych OWU). Zgodnie z przyjętą praktyką, zmiana umowy następuje poprzez nadanie umowie nowego brzmienia, z uwzględnieniem ustalonych warunków finansowych na następny okres rozliczeniowy, oraz uwzględnieniem nowego brzmienia wzoru umowy, określonego w warunkach (materiałach informacyjnych) obowiązujących na kolejny okres rozliczeniowy.

Należy w tym miejscu jednak podkreślić, że w umowach w rodzaju leczenie szpitalne na rok 2008 dokonano podziału roku na mniejsze okresy rozliczeniowe wprowadzając rozwiązania analogiczne jak w nowych OWU co do skutku jaki wywołuje nieustalenie kwoty zobowiązania do określonej daty. Oznacza to, że w przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę nowych warunków realizacji umów, a co za tym idzie nieustalenia kwoty zobowiązania, umowy ulegają rozwiązaniu w dniu określonym w umowie.

Podkreślenia również wymaga, iż w zakresie przedstawionym powyżej, nie znajduje zastosowania § 41 OWU (§ 42 OWU). Zgodnie z tym przepisem umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może zostać wypowiedziana, z zastrzeżeniem przypadków wynikających ze zmiany obowiązujących przepisów prawa, z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy. Przepis ten mając rangę przepisu rozporządzenia nie wyłącza stosowania, mającego rangę przepisu ustawowego, art. 384¹ k.c. Ponadto należy wskazać, iż uprawnienie do rozwiązania umowy w przypadku zmiany materiałów informacyjnych (zmiany wzorca umownego) przysługuje świadczeniodawcy, a nie Funduszowi. Przepis § 41 (§ 42 nowych OWU) może znaleźć zastosowanie do innych przypadków propozycji zmiany umowy, aniżeli zmiana warunków realizacji umowy (zmiana wzorca umownego), o których mowa w § 1 umowy.

W świetle powyższego należy stwierdzić, iż w przypadku zmiany warunków zawierania i realizacji umów (materiałów informacyjnych), nie istnieje konieczność przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Działania stron podejmowane w drodze aneksowania umów nie mogą jednak zmierzać do obejścia przepisów prawa. Czynność prawna mająca na celu obejście prawa jest nieważna (arg. z art. 58 § 1 k.c.). W odniesieniu do omawianego zagadnienia aneksowanie zawartych umów nie może powodować obejścia art. 158 ust. 1 ustawy.

2. Możliwość aneksowania umów w świetle art. 158 ustawy.

Zgodnie z art. 158 ust. 1, nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie dało

się przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Interpretacji pojęcia „okoliczności, których nie dało się przewidzieć w chwili zawarcia umowy” oraz „konieczności wprowadzenia takich zmian”, ze względu na brak orzecznictwa i piśmiennictwa powstałego na tle ustawy o świadczeniach, można dokonać z uwzględnieniem orzecznictwa i piśmiennictwa powstałego na tle stosowania art. 357¹ Kodeksu cywilnego oraz art. 144 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2006 r., Nr 164, poz. 1163). Orzecznictwo i piśmiennictwo powstałe na tle powyższych przepisów jest przydatne, nawet z zastrzeżeniem, że pojęcia „okoliczności, których nie dało się przewidzieć” (art. 158 ustawy) oraz „nadzwyczajna zmiana stosunków” (art. 357¹ k.c.) nie są tożsame.

Wprowadzenie do umowy zmiany warunków podlegających ocenie przy wyborze oferty jest uzależnione od wystąpienia zdarzenia powodującego, iż stosunek zobowiązaniowy nie może istnieć w pierwotnym kształcie. Utrata przez wykonawcę oczekiwanego zysku na skutek zmian cen czynników produkcji lub surowców, zmian przepisów podatkowych lub kosztów pracy wydaje się być okolicznością objętą normalnym ryzykiem gospodarczym, z którym powinien się liczyć profesjonalny uczestnik obrotu prawnego, jakim jest przedsiębiorca. Dopiero wystąpienie tego typu zdarzeń w stopniu szczególnie intensywnym, grożącym wykonawcy rażącą stratą, mogłoby stanowić o konieczności dokonywania zmian w umowie.

Z zaistnieniem konieczności wprowadzania zmian w umowie będziemy mieli do czynienia w przypadkach określonych klauzulą rebus sic stantibus wyrażoną w art. 357¹ k.c. Przywołany przepis stanowi, że jeżeli z powodu nadzwyczajnej zmiany stosunków spełnienie świadczenia byłoby połączone z nadmiernymi trudnościami, albo groziłoby jednej ze stron rażącą stratą, czego strony nie przewidywały przy zawarciu umowy, sąd może po rozważeniu interesów stron, zgodnie z zasadami współżycia społecznego, oznaczyć sposób wykonania zobowiązania, wysokość świadczenia lub nawet orzec o rozwiązaniu umowy. Skoro wystąpienie nadzwyczajnej zmiany stosunków, powodującej, iż spełnienie świadczenia byłoby połączone z nadmiernymi trudnościami, albo groziłoby jednej ze stron rażącą stratą, jest przesłanką roszczenia o zmianę umowy, to tym bardziej w takim stanie faktycznym dopuszczalna byłaby zmiana umowy w drodze zgodnej czynności prawnej stron tej umowy. Nie jest to jednak okoliczność jedyna, a każdorazowy przypadek wymaga szczegółowej analizy.

Posłużenie się przez ustawodawcę zwrotem "konieczność wprowadzenia zmian" wyznacza zarazem dopuszczalny zakres zmiany. Wprowadzane do umowy zmiany nie powinny być dalej idące niż jest to konieczne. Modyfikowanie umowy winno następować z uwzględnieniem wpływu, jaki wywiera wystąpienie okoliczności uzasadniającej modyfikację na dotychczasowy kształt zobowiązania umownego (np. wzrost cen surowców jedynie z uwzględnieniem relacji kosztów tego surowca do ogólnych kosztów wykonania zamówienia oraz z uwzględnieniem surowca zakupionego wcześniej po niższych

cenach). Zakres zmian koniecznych ogranicza również konieczność rozważenia interesów obu stron umowy, a nie jedynie przerzucenia zwiększonych kosztów lub podatków na jedną z nich. (Jerzykowski Jarosław Komentarz do art. 144 ustawy Prawo zamówień publicznych, Lex).

Zasadne jest w tym miejscu powołanie wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu, który w wyroku z dnia 9 sierpnia 2006 r. (sygn. akt I ACa 178/06), stwierdził, że klauzula zezwalająca na modyfikację powstałego stosunku prawnego powinna jednak dotyczyć tylko wyjątkowych i nadzwyczajnych sytuacji. Określenie "nadzwyczajne zmiany", tak samo jak i "nadzwyczajne wypadki", zakłada, że chodzi tu o wyjątkowe zdarzenia (strajki, nieurodzaj, długotrwała susza, pożar, powódź), nagłe i zaskakujące, których nie można było przewidzieć.

W świetle powyższych uwag zmiana warunków zawierania i realizacji umów w drodze zarządzenia Prezesa nie jest okolicznością, której nie można było przewidzieć, a która skutkuje koniecznością zmiany umowy.

W świetle powyższych uwag wprowadzenie nowego zarządzenia Prezesa NFZ do stosunku umownego, nie może spowodować, co do zasady, zmiany ceny świadczenia oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców, które podlegały ocenie w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy. Zmiana warunków podlegających ocenie w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umów, stanowiłaby czynność mająca na celu obejście prawa i jako taka byłaby nieważna (arg. z art. 58 § 1 k.c. oraz art. 158 ust.1 ustawy).

Należy jednak podkreślić, że cena świadczeń ustalana jest w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umów ustalana jest w odniesieniu do okresu rozliczeniowego, niezależnie od okresu obowiązywania umowy. Oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy w zakresie ceny odnoszą się co do zasady do okresu rocznego. Ustalanie kwoty zobowiązania, rozumianego jako iloczyn liczby i ceny świadczeń, na okres roczny, wynika z zasady roczności planu finansowego Funduszu. W odniesieniu do umów wieloletnich dla, których rok 2008 jest kolejnym rokiem obowiązywania, można jednoznacznie stwierdzić, że cena świadczenia podlegała ocenie w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umów tylko w odniesieniu do roku 2006 lub 2007. Po upływie pierwszego roku obowiązywania tych umów kwota zobowiązania zmieniana była na podstawie § 32 OWU. W związku z powyższymi uwagami istnieje możliwość zmiany ceny świadczenia w trakcie roku, w odniesieniu do umów wieloletnich, gdy upłynął już pierwszy rok ich obowiązywania jako, że oferta cenowa dotyczyła pierwszego roku obowiązywania umowy.

Odnosząc się do warunków wymaganych od świadczeniodawców można stwierdzić, że jeżeli nie powodują obniżenia wymagań tzw. niezbędnych (dopuszczających) to możliwa jest ich zmiana, jako że nie podlegały one ocenie w trakcie postępowania (spełnienie tych warunków powodowało dopiero możliwość dalszej oceny oferty i przyznania jej określonej punktacji).

II. Umowy zawarte na rok 2008 i lata następne.

W związku z planowanym wprowadzeniem JGP w 2008 r. przyjęto okresy rozliczeniowe krótsze niż rok oraz wprowadzono zasadę, że materiały informacyjne przyjęte zarządzeniem Prezesa nr 80/2006 obowiązują również w trakcie skróconych okresów rozliczeniowych. Ponadto, jak to już zostało wspomniane w umowach zawarto postanowienia dotyczące ustalania kwot zobowiązania na następne okresy rozliczeniowe oraz skutki braku ustalenia takich kwot w postaci rozwiązania umowy (analogicznie jak to zostało uregulowane w § 32 ust. 5 nowych OWU). Tym samym do nielicznych umów zawartych na rok 2008 (i lata następne) można odnieść uwagi dotyczące umów dla których rok 2008 jest kolejnym rokiem obowiązywania. Należy jednak zaznaczyć, że niezbędne jest ustalenie czy w ofertach składanych w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy na rok 2008 określano cenę świadczeń w odniesieniu do całego roku 2008 czy też cena ta dotyczyła wyłącznie świadczeń udzielanych w pierwszym skróconym okresie rozliczeniowym. W przypadku gdy cena podawana w ofercie dotyczyła całego roku 2008 zmiana ceny w trakcie roku spowoduje naruszenie art. 158 ustawy o świadczeniach, chyba, że jest możliwe wykazanie istnienia okoliczności, których nie dało się przewidzieć, a które skutkują koniecznością zmiany umowy.

III. Umowy, których okres obowiązywania zakończył się 31 grudnia 2007 r., które zostały następnie przedłużone na 2008 r.

Dokonując analizy przepisów ustawy normujących treść umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy stwierdzić, iż istotną cechą tej umowy jest jej terminowość. Nie jest bowiem dopuszczalne zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas nieoznaczony (arg. z art. 156 ust. 1 ustawy). Z powyższych względów umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy zakwalifikować do kategorii umów terminowych, które cechuje trwałość stosunku zobowiązaniowego przez oznaczony czas (arg. z art. 353 k.c.). Postanowienia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące okresu obowiązywania tej umowy należy zatem uznać za postanowienia przedmiotowo istotne (*essentialia negotii*).

Z uwagi na cywilnoprawny charakter umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy uznać, iż postanowienia umowy dotyczące okresu obowiązywania umowy są objęte dyspozycją stron w ramach swobody umów (art. 353¹ k.c.). Oznacza to, iż postanowienia te mogą ulec modyfikacji (zmianie) w toku wzajemnych uzgodnień stron umowy. W odniesieniu do tej kategorii umów swoboda stron, w tym zakresie, jest ograniczona przepisami art. 156 ust. 1 ustawy. W myśl tych przepisów umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż trzy lata wymaga zgody Prezesa NFZ. Swoboda stron co do ukształtowania okresu związania umową o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej jest zatem ograniczona w kontekście zasady terminowości tej kategorii umów.

Z zasady terminowości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wynika, iż co do zasady, umowy te winny być zawierane na okres nie dłuższy niż trzy lata. Nie jest jednak wyłączone zawarcie umowy terminowej na okres dłuższy niż trzy lata, w tym jednak przypadku wymagana jest zgoda Prezesa NFZ. Zgoda ta, ma, co do zasady, charakter uprzedni, a zatem jest wyrażana przed zawarciem umowy (arg. z art. 156 ust. 1 ustawy).

Przyjęcie zasady terminowości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie wyklucza jednak dopuszczalności aneksowania umów co do okresu obowiązywania. Możliwość taka wynika z samej natury umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jako umów o charakterze cywilnoprawnym (arg. z art. 353¹ k.c.). Przy czym brak jest przepisu szczególnego wprowadzającego wyjątek w tym zakresie.

Działania stron podejmowane w drodze aneksowania umów nie mogą jednak zmierzać do obejścia przepisów prawa. Czynność prawna mająca na celu obejście prawa jest nieważna (arg. z art. 58 § 1 k.c.). W odniesieniu do omawianego zagadnienia aneksowanie zawartych umów nie może powodować obejścia art. 156 ust. 1 ustawy.

Aneksowanie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie sprzeciwia się naturze umów tego rodzaju, przy czym nie może to prowadzić do naruszenia warunków określonych w art. 156 ust. 1 ustawy. Zatem w przypadku aneksowania umów na łączny okres dłuższy niż trzy lata wymagana jest uprzednia zgoda Prezesa NFZ.

W tym miejscu należy podkreślić, iż przepisy art. 156 ustawy nie zawierają dyrektyw określających przesłanki, jakimi winien kierować się Prezes NFZ przy wyrażaniu zgody, bądź też przy odmowie wyrażenia zgody, na zawarcie umowy (aneksu) na okres dłuższy niż trzy lata. Z tych względów należy przyjąć, iż decyzja Prezesa NFZ ma charakter dyskrecjonalny. Prezes NFZ ocenia samodzielnie, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki uzasadniające dostatecznie możliwość zawarcia umów na okres dłuży niż trzy lata. Warunkiem determinującym decyzję Prezesa NFZ jest zasada wyrażona w art. 156 ust. 1 zd. 1 ustawy, tj. zakaz zawierania umów na czas nieoznaczony. Oznacza to, iż Prezes NFZ może wyrazić zgodę na zawarcie umowy (aneksu) tylko na określony czas (arg. z art. 156 ust. 1 ustawy). W tym zakresie dopuszczalne jest wyrażenie zgody na aneksowanie umów.

Zaznaczyć należy, iż jest dopuszczalne aneksowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie okresu obowiązywania umowy, ale tylko w takim stopniu w jakim nie naruszy zasady cyklicznego przeprowadzania postępowań. Zasada ta nie wynika wprost z przepisów ustawy lecz wywieść ją można z reguł dotyczących konkurencyjności i dostępności do środków publicznych. Masowe i wielokrotne przedłużanie czasu trwania umów doprowadziłoby do zamknięcia kręgu świadczeniodawców i usunęłoby

jakąkolwiek konkurencję pomiędzy świadczeniodawcami. Ponadto nieograniczone przedłużanie czasu trwania umów oznaczałoby de facto wprowadzenie umów na czas nieoznaczony – co jest zabronione przez art. 156 ust. 1 zd. 1 ustawy o świadczeniach.

Należy jednak zaznaczyć, że przedłużenie okresu obowiązywania umów o rok nie spowoduje naruszenia powyżej wyrażonej zasady. Przemawia za tym brzmienie art. 156 ustawy o świadczeniach - skoro Prezes Funduszu może wyrazić zgodę na zawarcie umów na okres dłuższy niż trzy lata, a więc np. na 5 lat, to tym bardziej może wyrazić zgodę na przedłużenie okresu obowiązywania umowy trzyletniej o jeden rok (rozumowanie a maiori ad minus).

W związku z powyższymi uwagami, w przypadku umów zawartych na okres krótszy niż 3 lata, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich dokonają ich zmiany polegającej na przedłużeniu okresu obowiązywania oraz wprowadzenia nowych warunków zawierania i realizacji umów.

W przypadku umów trzyletnich niezbędne jest wystąpienie do Prezesa NFZ o zgodę na przedłużenie okresu ich obowiązywania co oddziały wojewódzkie uczyniły w przewidzianym czasie.

CZEŚĆ V

Opis planowanych działań osłaniających proces wprowadzenia systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP)

NFZ zidentyfikował 2 przestrzenie możliwych zagrożeń wprowadzenia JGP:

1. problemy z kodowaniem procedur na poziomie świadczeniodawcy.
2. problemy z kompetentnością systemów informatycznych po stronie NFZ i programów szpitalnych.

Przyjęto następujące mechanizmy osłabienia negatywnych ocen i efektów wejścia nowego systemu rozliczeń świadczeń:

1. Rozliczenie w oparciu o uproszczoną sprawozdawczość
2. e-learning
3. szkolenia kodujących przez oddziały NFZ
4. udostępnienie materiałów szkoleniowych na stronie NFZ i opublikowanie ich w powszechnie dostępnym czasopiśmie fachowym

1. Rozliczenie w oparciu o uproszczoną sprawozdawczość

1. Okres działania koncepcji – pierwsze trzy miesiące,
2. Status stosowania – fakultatywny (na wniosek i za zgodą stron umowy)
3. Istota rozwiązania - możliwość rozliczenia umów w oparciu o uproszczoną sprawozdawczość:
 - a. do rachunku powinien zostać dołączony raport statystyczny (przygotowany w dowolnym narzędziu informatycznym) zawierający informacje o świadczeniach zrealizowanych w poszczególnych zakresach obejmujący co najmniej następujące dane:
 - i. liczbę faktycznie zrealizowanych i podlegających płatności jednostek rozliczeniowych,
 - ii. liczbę poszczególnych grup i osobodni,
 - iii. cenę jednostki rozliczeniowej i wartość,
 - iv. dane o ryczałtach (SOR, Izba przyjęć)
 - b. dane przedstawione w raporcie oraz w rachunku powinny być zgodne, co do wartości,
 - c. kwota określona w rachunku oraz w raporcie statystycznym nie może być wyższa od przewidzianej w umowie na dany okres sprawozdawczy,
 - d. o ile to możliwe świadczeniodawca, niezależnie od ww. dokumentów, przekazuje na bieżąco dane o udzielonych

świadczeniach z użyciem szczegółowego komunikatu XML, ewentualnie dodatkowo weryfikuje te dane lub uzupełnia dane brakujące,

- e. oddział Funduszu przyjmując do rozliczenia sprawozdanie opracowane przez świadczeniodawców poza systemem elektronicznym zobowiąże ich jednocześnie do:
 - i. rozliczenia świadczeń w wymaganym formacie (raport statystyczny i faktura) nie później niż do 10 dnia miesiąca po zakończeniu okresu działania koncepcji,
 - ii. wystawienia faktury korygującej wartość świadczeń w oparciu o zastosowany czasowo uproszczony system rozliczeń.
4. Zalety rozwiązania:
- a. zapewnienie finansowania na zakładanym umowa poziomie przez pierwsze trzy miesiące, przy zachowaniu zasady płatności za wykonane świadczenia,
 - b. utrzymanie ogólnej zasady finansowania świadczeń szpitalnych w okresie przejściowym – cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej,
 - c. możliwość utworzenia jednego okresu rozliczeniowego dla okresu przejściowego i kolejnych miesięcy,
 - d. fakultatywność rozwiązania.

2. e-learning

NFZ uruchomi w ciągu czerwca darmowy edukacyjny program dostępowy umożliwiający edukację w trybie dostępu internetowego . Program edukacyjny dedykowany będzie dla pracowników szpitali zajmujących się bezpośrednio kodowaniem procedur.

Poniżej przedstawiono przykład sesji szkoleniowej w podziale na pytania programu learningowego i odpowiedzi potencjalnego uczącego się :

ZADANIE PROGRAMU LEARNINGOWEGO:

Chory lat 49, przewlekle dializowany, przyjęty do oddziału chirurgii ogólnej z powodu ostrych objawów brzusznych. W 6 dobie, z powodu niedrożności, wykonano częściową resekcję jelita cienkiego.

Przystępujesz do kodowania procedur i schorzeń.

ODPOWIEDŹ:

oddział chirurgii ogólnej (4500):

elementy	kod	nazwa
procedury	45.62	częściowa resekcja jelita cienkiego - inne
rozpoznanie zasadnicze	N18.0	schyłkowa niewydolność nerek
rozpoznanie współistniejące	K63.1	przedziurawienie jelita (nieurazowe)
	K56.5	zrosty jelitowe z niedrożnością

PROGRAM LEARNINGOWY:

Gruper zidentyfikował potencjalne JGP:

typ elementu kierunkowość	kod elementu kierunkowość	symbol	nazwa	szczegóły
rozpoznanie	N18.0	L83	Przewlekła niewydolność nerek	Warunki spełnione
rozpoznanie	N18.0	P18	Choroby nerek z niewydolnością nerkową	Nie spełniony warunek na wiek pacjenta

Twój wynik: 36 punktów (1 728 zł)

Straciłeś przynajmniej – 1 400 zł

Zastanów się, czy potwierdzasz wprowadzone kody.

Kod procedury pobrany z innej, nieaktualnej wersji MKPM ICD-9, albo wybrałeś kategorię czteroznakową – gruper nie widzi kodu, ponieważ ma on rozszerzenia również pięciznakowe.

Wskazana została grupa zachowawcza!

Spróbuj jeszcze raz.

ODPOWIEDŹ:

oddział chirurgii ogólnej (4500):

elementy	kod	nazwa
procedury	45.622	resekcja jelita czczego
rozpoznanie zasadnicze	N18.0	schyłkowa niewydolność nerek
rozpoznanie współistniejące	K63.1	przedziurawienie jelita (nieurazowe)
	K56.5	zrosty jelitowe z niedrożnością

PROGRAM LEARNINGOWY:

Gruper zidentyfikował potencjalne JGP:

typ elementu kierunkowość	kod elementu kierunkowość	symbol	nazwa	szczegóły
procedura	45.622	F52	Duże zabiegi w chorobach zapalnych jelit	Nie spełniony warunek dodatkowy na rozpoznanie zasadnicze
procedura	45.622	F63	Średnie i endoskopowe diagnostyczne zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego	Nie spełniony warunek dodatkowy na rozpoznanie zasadnicze
rozpoznanie	N18.0	L83	Przewlekła niewydolność nerek	Warunki spełnione
rozpoznanie	N18.0	P18	Choroby nerek z niewydolnością nerkową	Nie spełniony warunek na wiek pacjenta

Twój wynik: 36 punktów (1 728 zł)

Straciłeś przynajmniej – 1 400 zł

Zastanów się, czy potwierdzasz wprowadzone kody.

Kod procedury jest już prawidłowy. Wskazana jednak została ponownie grupa zachowawcza!

Czy rozpoznanie, które wskazałeś jako zasadnicze odpowiada wykonanemu zabiegowi?

Spróbuj jeszcze raz.

ODPOWIEDŹ:

oddział chirurgii ogólnej (4500):

elementy	kod	nazwa
procedury	45.622	resekcja jelita czczego
rozpoznanie zasadnicze	K56.5	zrosty jelitowe z niedrożnością

rozpoznanie współistniejące	N18.0	schyłkowa niewydolność nerek
	K63.1	przedziurawienie jelita (nieurazowe)

PROGRAM LEARNINGOWY:

Gruper zidentyfikował potencjalne JGP:

typ elementu kierunkowego	kod elementu kierunkowego	symbol	nazwa	szczegóły
procedura	45.622	F52	Duże zabiegi w chorobach zapalnych jelit	Nie spełniony warunek dodatkowy na rozpoznanie zasadnicze
procedura	45.622	F63	Średnie i endoskopowe diagnostyczne zabiegi w krwawieniach z przewodu pokarmowego	Nie spełniony warunek dodatkowy na rozpoznanie zasadnicze
procedura	45.622	F22	Duże i endoskopowe zabiegi jelita cienkiego	Warunki spełnione

Gratulacje!

Zarobiłeś dla szpitala 108 punktów (5 184 zł)

Czy to wszystko, co możesz uzyskać?

3. Szkolenia prowadzone przez Oddziały Wojewódzkie NFZ

W załączeniu przedstawiono tabelaryczne zestawienie zaplanowanych szkoleń

4. Udostępnienie materiałów szkoleniowych na stronie NFZ i opublikowanie ich w powszechnie dostępnym czasopiśmie fachowym.

Materiały informacyjne dostępne są na stronie

<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=7&dzialnr=3&artnr=3283>

Materiały zostały opublikowane w nr 4/2008 Menedżera Zdrowia na stronach 67- 110