

Do końca roku szpitale dostaną dodatkowo 2,8 mld zł – Gazeta Prawna, 1 lipca 2008 r.

Od dzisiaj zmienia się system rozliczeń szpitali z Narodowym Funduszem Zdrowia. Katalog świadczeń szpitalnych zostanie zastąpiony przez system świadczeń przypisanych do jednej z 470 jednorodnych grup pacjentów.

Wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów (JPG) oznacza zmianę w zasadach wyceniania świadczeń zdrowotnych. Fundusz nie będzie płacił szpitalowi tylko za wykonanie konkretnej procedury. Wpływ na wysokość ostatecznego rozliczenia będzie miał również wiek chorego, jego stan zdrowia czy ewentualne powikłania pochorobowe. Ma to m.in. urealnić wycenę procedur medycznych. Wzrośnie również średnia cena, jaką NFZ będzie płacił za tzw. punkt medyczny. Ich liczba decyduje o cenie świadczenia. Fundusz zakłada, że średnia cena za punkt będzie wynosić 48 zł. Będzie to miało wpływ na wartość kontraktów szpitali z NFZ.

- Średnio wzrosną one około 12 proc. Do końca roku Fundusz przekaże szpitalom dodatkowo 2,8 mld zł - zapewnia Edyta Grabowska-Woźniak, rzecznik prasowy NFZ.

O tym, czy wartości kontraktów szpitali z Funduszem faktycznie wzrośnie, przekonają się świadczeniodawcy w najbliższych miesiącach.

- Obecnie trudno mówić, czy faktycznie tak się stanie. Pierwsze efekty finansowe wprowadzenia nowych zasad będą widoczne po miesiącu ich stosowania. Należy pamiętać, że system JPG zakłada uśrednienie cen świadczeń dla poszczególnych grup pacjentów. Ceny niektórych są niższe niż do tej pory - mówi Eliza Becla z Działu Organizacji i Nadzoru Szpitala Specjalistycznego w Jasłowie.

Szpitalne obawiają się również problemów z rozliczaniem udzielonych świadczeń.

- Mogą pojawić się kłopoty z przesyłaniem danych, bo serwery poszczególnych oddziałów Funduszu nie będą ich w stanie przetworzyć - dodaje Eliza Becla.

Dodatkowo szpitale mogą błędnie przypisywać kody do wykonanych świadczeń, dlatego NFZ zdecydował o wprowadzeniu trzymiesięcznego okresu przejściowego.

- W tym czasie świadczeniodawcy będą mogli rozliczać się na podstawie uproszczonej sprawozdawczości. Oznacza to, że za wykonane świadczenia będą dostawać 1/12 wartości rocznego kontraktu. Nie ma natomiast możliwości rozliczania się według dotychczasowych zasad, czyli na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych - mówi Edyta Grabowska-Woźniak.

Autor: Dominika Sikora