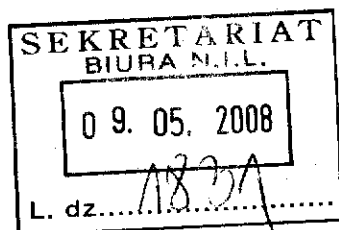


Znak: CF/DSOZ/JCh/2008/076/0301/W/07828

Warszawa, dnia maja 2008 r.



**Pan
Konstanty Radziwiłł
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej**

**Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

**Reprezentatywne organizacje świadczeniodawców
wg rozdzielnika**

Zgodnie z §2 pkt 2 i 3 uzgodnionego w dniu 29 lutego 2008 r. projektu Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej informuję, że na stronie internetowej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (www.nfz.gov.pl) zostały udostępnione projekty:

- 1) zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne,
- 2) zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie kryteriów oceny ofert.

W związku z powyższym uprzejmie proszę o przekazanie uwag i opinii na temat przedmiotowego projektu w możliwie krótkim terminie.

Materiały informacyjne zawierają zmianę zasad kontraktowania i realizacji świadczeń w oparciu o system jednorodnych grup pacjentów (JGP), który oparty jest o sparametryzowane dane wejściowe: rozpoznanie, procedury, czas pobytu, wiek. Nośnikiem kosztów jest pacjent poddany leczeniu w szpitalu niezależnie od miejsca udzielania świadczeń. Następuje więc istotna zmiana orientacji finansowania świadczeń z produktowej na podmiotową (leczzonego pacjenta). Oznacza to, że wzięto pod uwagę hospitalizacje, których koszt powstał w wyniku rozliczenia wszystkich świadczeń, które mogły być powiązane z postępowaniem diagnostycznym lub leczniczym podjętym wobec pojedynczego pacjenta (uwzględniono świadczenia dotychczas sumowane). Zakłada się, że liczba hospitalizacji w roku 2007 i w roku 2008 pozostaje stała, zmieni się jedynie liczba produktów oraz liczba punktów.

W katalogu grup uwzględniono hospitalizację, hospitalizację planową (dla podmiotów nie przyjmujących w trybie ostrym) i leczenie jednego dnia, odpowiadające odrębnym

postępowaniom w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne.

Narodowy Fundusz Zdrowia, przygotowując system JGP, oparł się o posiadaną bazę danych o realizacji świadczeń i wydatkach w latach 2006 – 2007. Grupy świadczeń zostały zweryfikowane na podstawie dyskusji klinicznej z dostosowaniem do polskich warunków. Wartości dotychczasowych świadczeń katalogowych zostały przypisane do odpowiednich grup i następnie zważone liczbą świadczeń z uwzględnieniem częstości wystąpień w poszczególnych dziedzinach medycyny. Uwzględniono także wartość świadczeń współwystępujących a nie wpływających na liczbę zdarzeń oraz konieczność intensywnej terapii.

Poza grupami świadczeń, określonymi w katalogu grup (1a) znalazły się świadczenia, których nie można było zdefiniować poprzez rozpoznania i procedury (np. padaczka lekooporna, gruźlica wielolekooporna, kwalifikacja do przeszczepu nerki), rozliczane jako samodzielne świadczenia (zostały umieszczone w odrębnym katalogu świadczeń 1b). Dodatkowo wyodrębniono świadczenia, których nie można było przypisać do właściwych grup (np. żywienie, preparaty krwi, przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie) z możliwością łączenia ich z innymi świadczeniami albo grupami (świadczenia te zostały umieszczone w odrębnym katalogu 1c).

Uzyskano w ten sposób katalog grup, których treść wypełniona została odpowiednimi świadczeniami wraz z ich liczbą, częstością wystąpień oraz wartością a w wyniku średnie ważone wartości poszczególnych grup. Liczba wystąpień zdarzeń w grupie, odpowiadająca liczbie hospitalizacji, nie zawiera liczby świadczeń, które były sumowane ze świadczeniami będącymi przyczyną hospitalizacji, natomiast ich wartości zostały uwzględnione w całkowitej wartości grupy. W przypadku świadczeń rozliczanych osobodniami, przyjęto średnią liczbę produktów na liczbę pacjentów. Wartość poszczególnej grupy jest średnią ważoną liczby hospitalizacji w grupie i wartości wszystkich świadczeń przypisanych do grupy. Wartości grup porównano z taryfami brytyjskich HRG oraz z innymi grupami w całej sekcji i z odpowiednimi grupami w innych sekcjach (zabiegi rozległe, kompleksowe, duże, średnie, małe) a także dokonano porównania wartości grup pediatrycznych z grupami dla dorosłych. Na tej podstawie dokonano korekty wartości grup z uwzględnieniem intensywnej terapii pooperacyjnej dla grup zabiegowych, występującej z różnym nasileniem (przypisano odpowiednio od 600 do 2 400 zł). Ostatecznie zestawiono masę pieniędzy wydatkowaną w 2007 r. na realizację świadczeń katalogowych i w tej samej cenie świadczeń przewidzianych na finansowanie grup. Łączna wartość grup była wyższe o ok. 3,9% od wartości świadczeń. Wartości grup zostały następnie dostosowane do poziomu finansowania w 2008 r. (założono wzrost ceny jednostki rozliczeniowej w 2008 r. o 11,5% w stosunku do średniej ceny z roku 2007 r.) z wyłączeniem

grup, które zawierają w kosztach wysokokosztowy wyrób medyczny lub jedynym kosztem jest produkt leczniczy.

Pamiętać należy, że całkowita masa pieniędzy przeznaczona na finansowanie świadczeń szpitalnych jest wyższa ze względu na odrębne finansowanie wzrostu wynagrodzeń na poziomie ok. 18%. Kwoty z tego tytułu zasila finansowanie poprzez JGP od roku 2009.

System JGP umożliwia dodatkowe finansowanie niektórych leków i wyrobów medycznych, chemioterapii, radioterapii, leczenia nerkozastępczego **oraz w szczególności intensywnej terapii z wyłączeniem opieki pooperacyjnej** poprzez łączenie grup ze świadczeniami z załącznika 1c. W ten sposób finansowane będą m.in. niektóre leki, stosowane w określonych sytuacjach medycznych, zwykle w nielicznych ośrodkach: ludzki rekombinowany czynnik VII, inhibitor płytkowy GP IIB/IIIa, rekombinowane ludzkie aktywowane białko C, preparaty żywieniowe, preparaty krwi. W kosztach realizacji określonych grup przewidziano stosowanie, rutynowo lub jako jedną z metod postępowania, innych leków: antybiotyków, szczepionek.

Ponadto system JGP przewiduje dodatkowe mechanizmy finansowania hospitalizacji związanych z wiekiem chorych, występowaniem powikłań i schorzeń współistniejących, przedłużonych pobytów na podstawie osobodni ponad określony przedział czasowy finansowany zryczałtowaną wartością grupy. Są to mechanizmy zmniejszenia ryzyka finansowego po stronie świadczeniodawców, którzy leczą bardzo kosztownych pacjentów.

Istotnym mechanizmem korygującym wielkość środków przeznaczonych na finansowanie określonych grup świadczeń jest koszt osobodni w leczeniu o przedłużonym pobycie, spowodowanym powikłaniami lub chorobami współistniejącymi, koniecznością wykonania dodatkowych zabiegów lub rehabilitacji (np. w endoprotezoplastyce) czy też wynikający z istoty samego schorzenia (np. w leczeniu udarów mózgu).

Celem dodatkowego finansowania osobodni, w przypadku pobytów przekraczających czas pobytu zawarty w zryczałtowany koszcie hospitalizacji w określonej grupie, jest pokrycie kosztów indywidualnych przypadków wymagających szczególnego postępowania. Jednocześnie, finansowanie tych osobodni nie może być zachętą dla nieuzasadnionego przetrzymywania chorych nie wymagających już leczenia w oddziale o charakterze ostrym. W szczególności powodem przedłużonego pobytu nie może być trudność w przekazaniu chorego do opieki długoterminowej.

Nakłady na finansowanie przedmiotowych osobodni są dodatkowymi środkami ponad wielkość środków przeznaczonych na finansowanie określonych grup. Przyjmując założenie,

że średni koszt osobodnia ponad ustalony przedział czasowy jest niższy ze względu na zmniejszenie intensywności opieki, ustalono jego wartość na 80% średniego kosztu osobodnia określonego dla grupy (iloraz wartości kosztowej grupy i liczby osobodni w grupie ogółem), nie więcej jednak niż ok. 300 zł.

Górna granica przedziału czasowego, dla którego określono wartość grupy (tzw „górne odcięcie” - LoSP), scharakteryzowana jest wzorem opartym o miary rozproszenia przypadków w grupie, w odniesieniu do danych o globalnym wykonaniu poszczególnych świadczeń w roku 2007:

$$\text{LoSP} = Q_3 + 1,5 \times (Q_3 - Q_1)$$

Przyjęto, że finansowane przedmiotowymi osobodniami będą grupy, dla których:

– mediana przekracza 3 dni lub średnia arytmetyczna jest wyższa niż 6 dni.

Z finansowania w tym trybie wyłączono grupy, w których:

- rekomendowane postępowanie ogranicza się do rutynowej diagnostyki i leczenia;
- z założenia (określonego w charakterystyce) czas pobytu jest krótszy niż 2 dni;
- przewidziano możliwość leczenia jednodniowego;
- istotną część kosztów stanowią koszty leków i wyrobów medycznych;
- nie można, na podstawie dostępnych danych z realizacji świadczeń, oznaczyć wskaźników.

Jednocześnie, dla wyeliminowania hospitalizacji trwających krócej niż dwa dni w sytuacjach klinicznych i przy określonych warunkach, które nie przewidują możliwości udzielenia świadczenia w jednym dniu, bez naruszenia zasad postępowania medycznego (z wyłączeniem przypadków zgonu), przyjęto zasadę finansowania podobnych przypadków na poziomie 20% wartości grupy.

Poniżej przedstawiono przykład katalogu grup świadczeń i miar rozproszenia, będących podstawą dalszej analizy w stosunku do pierwszych grup z sekcji: choroby piersi, skóry i oparzenia:

| grupa | nazwa grupy | cena | wartość punktowa - hospitalizacja | wartość punktowa - leczenie jednodniowe | czas pobytu finansowany grupą | wartość punktowa hospitalizacji < 2 dni | wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą | mediana długości pobytu | średnia długości pobytu | górną odcięcie dług. pob. |
|-------|--|-------|-----------------------------------|---|-------------------------------|---|--|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| J01 | Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją | 6 103 | 127 | | 17 | | 6 | 6 | 7,90 | 17 |
| J02 | Radykalne odjęcie piersi | 3 897 | 81 | | 18 | | 6 | 7 | 8,26 | 18 |
| J03 | Proste odjęcie piersi | 2 291 | 48 | | | | | 3 | 4,33 | 10 |
| J04 | Zabiegi rekonstrukcyjne piersi | 2 931 | 61 | | 14 | 12 | 6 | 5 | 7,43 | 14 |
| J05 | Średnia chirurgia piersi | 1 053 | 22 | 18 | | | | 3 | 4,05 | 10 |

Skutek finansowy ww. działań szacuje się na ok. 750 mln zł (5% wartości analizowanych grup), natomiast skutek zmniejszenia finansowania leczenia jednodniowego w sytuacjach nieprawidłowej realizacji świadczeń wynosi ok. 10 mln zł (0,1%).

Zestawienie skutków finansowych przedstawia poniższa tabela:

| | wartość hospitalizacji jednodniowych | w % | wartość osobodni doliczonych | w % | różnica |
|---|--------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|--------------------|
| Choroby układu nerwowego | 850 771 | 0,1% | 62 755 469 | 4,9% | 61 904 698 |
| Choroby oczu | 321 947 | 0,1% | 6 438 904 | 1,3% | 6 116 957 |
| Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu | 162 105 | 0,0% | 15 451 184 | 3,6% | 15 289 080 |
| Choroby układu oddechowego | 554 881 | 0,0% | 75 566 705 | 6,6% | 75 011 824 |
| Choroby serca | 768 304 | 0,0% | 88 990 467 | 2,9% | 88 222 163 |
| Choroby przewodu pokarmowego | 502 251 | 0,0% | 73 935 349 | 5,5% | 73 433 098 |
| Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony | 721 282 | 0,1% | 33 882 842 | 5,6% | 33 161 560 |
| Choroby układu mięśniowo-szkieletowego | 794 346 | 0,1% | 53 562 137 | 3,5% | 52 767 791 |
| Choroby piersi, skóry i oparzenia | 955 658 | 0,2% | 21 308 585 | 4,9% | 20 352 927 |
| Choroby układu dokrewnego | 1 071 768 | 0,2% | 34 847 447 | 5,1% | 33 775 679 |
| Choroby układu moczowo-płciowego | 480 357 | 0,1% | 43 406 209 | 6,4% | 42 961 042 |
| Choroby żeńskiego układu rozrodczego | 506 526 | 0,1% | 25 226 916 | 3,5% | 24 720 390 |
| Położnictwo i opieka nad noworodkami | 1 354 509 | 0,1% | 139 554 940 | 9,0% | 138 200 431 |
| Choroby dziecięce | 321 774 | 0,1% | 44 670 349 | 8,3% | 44 364 703 |
| Choroby naczyń | 218 518 | 0,1% | 16 848 553 | 4,2% | 16 630 035 |
| Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne | 358 008 | 0,1% | 67 427 340 | 9,6% | 67 069 332 |
| razem | 9 943 004 | 0,1% | 803 873 397 | 5,1% | 793 981 710 |

Zmiana zarządzenia w sprawie kryteriów oceny ofert wynika ze zmian w projekcie załącznika nr 3 do materiałów informacyjnych, dokonanych na podstawie uzgodnień z grupami roboczymi nadzoru specjalistycznego. W szczególności, w związku z wprowadzeniem JGP, możliwość realizacji niektórych grup została uzależniona od spełnienia określonych dodatkowych wymagań (np. dla pracowni radiologii zabiegowej).

Jednocześnie, uprzejmie informuję, że w najbliższych dniach wystąpię do Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia o zarejestrowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 CM, która została przez Fundusz przetłumaczona i zweryfikowana z uwzględnieniem warunków rozliczeniowych płatnika i oczekiwań środowiska medycznego. Proces rejestracji jest konieczny ze względu na potrzebę zmiany przepisów prawa odwołujących się do drugiej edycji klasyfikacji, która jest w dyspozycji Wydawnictwa Vesalius.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz