

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 21, październik 2021 15:14

Małgorzata Orłowska

Odsłony: 401

---

Jedno ze stanowisk przyjęte przez XXVII Zgromadzenie Ogólne Związku Powiatów Polskich dotyczyło finansowania pediatrii w Polsce. Jak alarmował Związek, „obecna sytuacja realnie zagraża dalszemu bytowi oddziałów i szpitali pediatrycznych”. Do stanowiska odniósł się Zastępca Prezesa ds. Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Stanowisko przyjęte przez ZO Związku Powiatów Polskich opisywaliśmy dokładnie [tutaj](#).

W odpowiedzi Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że w pracach nad zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne prowadzonych od 2018 r. wzięto pod uwagę wyniki analiz i działań prowadzonych nad świadczeniami związanymi z chorobami dzieci. Od dnia 1 stycznia 2018 r. wprowadzono nową sekcję PZ Choroby dzieci – leczenie zabiegowe, która zawiera w jednym miejscu JGP dedykowane wyłącznie chirurgii dziecięcej i innym specjalistycznym dziecięcym dziedzinom zabiegowym. Dla wszystkich JGP zabiegowych (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 – PZ 99) wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika 1,2 dla dzieci w wieku od urodzenia do ukończenia 3 r.ż. oraz współczynnika 1,1 dla dzieci w wieku odpowiednio 4 – 9 r.ż. podnoszącego wartość rozliczanej JGP.

Według przekazanych informacji, wszystkie zakresy zabiegowe dedykowane dzieciom są finansowane o 20% więcej aniżeli zakresy dla dorosłych. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., w zakresach: onkologia i hematologia dziecięca, lub okulistyka dla dzieci wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup skorygowano z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2. Kolejnym krokiem w kierunku świadczeniodawców 2 udzielających świadczeń dzieciom było zmodyfikowanie sekcji P (Choroby dzieci) oraz w innych zachowawczych grupach JGP dedykowanych dzieciom realizowanych w innych zakresach poprzez zniesienie od dnia 1 lipca 2018 r. redukcji wartości JGP z uwagi na czas hospitalizacji pacjenta we wszystkich grupach z sekcji P.

Jak wyjaśnił w piśmie Bernard Waśko, w ryczałcie systemu zabezpieczenia nastąpiło podniesienie ceny jednostki sprawozdawczej do wysokości 1,16. Korekta wysokości ryczałtu obejmie okres całego II półrocza 2021 r., z mocą wsteczną od 1 lipca 2021 r. Do wzrostu wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia nie ma zastosowania § 16 ust. 4f załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), co oznacza, że bez zmian pozostanie wysokość środków przekazywanych na współczynniki korygujące określone w § 16 ust. 3, 4a, 4d i 4e OWU, dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, położne, ratowników medycznych, lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizacje oraz pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego ustawowo. Nadmieniał również, że wartości jednostki sprawozdawczej w ryczałcie systemu zabezpieczenia nie jest równoważna z ceną za punkt.

Jak czytamy: „Podkreślenia wymaga fakt, że dla świadczeniodawców, którzy ze względu na epidemię COVID-19 nie mogli wypełnić umowy z Funduszem wprowadzono mechanizm tzw. 1/12 kontraktu, polegający na zaliczkowej wypłacie części środków z umowy, pomimo niewykonania lub częściowego wykonania przez nich świadczeń wynikających z tej umowy. W projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określono maksymalny termin na jaki można przedłużyć rozliczanie pobranych zaliczek na 31 grudnia 2023 r. zawarta w

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: czwartek, 21, październik 2021 15:14

Małgorzata Orłowska

Odsłony: 401

---

projekcie zmiana § 2a ust. 1, ust.2 oraz ust. 2a rozporządzenia przedłuża o 3 miesiące okres (do 31 grudnia 2021), w którym świadczeniodawcy będą mogli ubiegać się o zaliczki (1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) przypadające na okres sprawozdawczy, którego dotyczy wniosek. Przepis ten będzie odnosił się w dalszym ciągu wyłącznie do świadczeniodawców, którzy skorzystali z możliwości wydłużenia okresu rozliczeniowego w oparciu o przepis § 2 rozporządzenia."