

<b>Nazwa projektu:</b> Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.	<b>Data sporządzenia:</b> 29 maja 2017 r.
<b>Komórka odpowiedzialna za projekt:</b> Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

W związku z wprowadzeniem - rozporządzeniami Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającymi rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej, świadczenia gwarantowanego: „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego”, realizując obowiązek zapewnienia przez płatnika dostępności do takich świadczeń, niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono do finansowania nowy zakres świadczeń: Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego.

Warunki zawierania i realizacji umów w zakresie: Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego, przeniesione zostały do odrębnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe w związku z koniecznością przeprowadzenia w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia postępowań w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami na podstawie kryteriów wyboru ofert, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 498).

### 2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wprowadzenie skoordynowanej i kompleksowej opieki kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego, opartej na wdrożeniu leczenia interwencyjnego, kardiochirurgicznego oraz wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, wraz z zapewnieniem jej ciągłości w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca i monitorowaniem w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wskaźników dotyczących jakości opieki, pozwoli na zapewnienie właściwego postępowania terapeutycznego u pacjentów po zawale serca i właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może wpłynąć pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej.

Wprowadzając opiekę kompleksową oczekuje się przede wszystkim poprawy jakości opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego oraz efektywności leczenia, w tym zmniejszenia liczby rehospitalizacji poprzez:

- 1) ułatwienie dostępności do świadczeń, które są niezbędne z punktu widzenia potrzeb klinicznych, tj.: zabiegów angioplastyk w ramach II etapu (dokończenie procesu rewaskularyzacji), pomostowania aortalno-wieńcowego, wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (ICD) albo kardiowertera/defibrylatora z funkcją desynchronizacji (CRT-D) oraz kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej;
- 2) zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych przez ten sam zespół medyczny;
- 3) możliwość bieżącej konsultacji z lekarzem kardiologiem oraz w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki kardiologicznej w okresie 12 miesięcy od wypisu ze szpitala, w celu kontroli stanu zdrowia oraz

wyników zindywidualizowanego leczenia.

W związku z powyższym, w celu motywowania świadczeniodawców do poprawy jakości udzielanej opieki, zapewnienia jej ciągłości i kompleksowości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, dla świadczeń w przedmiotowym zakresie wprowadzono współczynniki korygujące, m.in. w sytuacji zapewnienia rehabilitacji kardiologicznej w jak najszybszym czasie (tj. do 14 dni od wypisu ze szpitala), oraz w sytuacji zrealizowania wszystkich świadczeń w zgodnie z indywidualnym planem leczenia pacjenta w ciągu 12 miesięcy.

Ponadto, w zakresie tym wprowadzono również współczynnik korygujący 1,2 dla świadczeń związanych z pomostowaniem naczyń wieńcowych wykonywanych przez świadczeniodawców posiadających w strukturze organizacyjnej oddział kardiochirurgiczny, funkcjonujący w trybie całodobowym z wyodrębnionym dyżurem lekarskim, ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom objętym kompleksową opieką, szczególnie wymagającym pilnych interwencji kardiochirurgicznych w leczeniu zawału serca (pomostowania tętnic wieńcowych), ciągłej dostępności do interdyscyplinarnego zespołu i leczenia według aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczących postępowania z chorymi z zawałem serca,

### 3. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
1.Podmioty wykonujące działalność leczniczą realizujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie kardiologia, jednocześnie zapewniające infrastrukturę (wymaganą rozporządzeniem szpitalnym) do realizacji świadczeń, tj. ośrodek/oddział rehabilitacji kardiologicznej oraz poradnię kardiologiczną	ok. 130 podmiotów	System informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia	Umożliwienie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe w zakresie opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego oraz zmiana zasad finansowania świadczeń w zakresie świadczeń kardiologicznych, rehabilitacji kardiologicznej, ambulatoryjnej opieki kardiologicznej
2. Pacjenci korzystający z kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego	30% z 71 tys. w początkowym okresie		Poprawa dostępności do świadczeń, zwiększanie jakości udzielanych świadczeń
3. Centrala NFZ			Implementacja postanowień zarządzenia do aplikacji informatycznych obsługujących proces zawierania umów oraz proces rozliczeń.
4. Oddziały Wojewódzkie NFZ			Organizacja i przeprowadzenie procesu zawierania umów .

### 4. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 r., poz. 1146), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 13. 03. 2017 r. - 27.03.2017 r. W ich wyniku wpłynęło łącznie 67 uwag od 12 podmiotów, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów tylko 1 opinia - od reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

W zarządzeniu uwzględnione zostały uwagi o charakterze merytorycznym zgłoszone przez środowisko kardiologów:

- 1) doszczegółowiono zapisy zobowiązujące podmioty realizujące opiekę kompleksową do sprawozdania przypadków zawału serca do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrej Zespołów Wieńcowych, aby sprawozdawane były do rejestru wszystkie informacje od momentu wystąpienia zawału do 12 miesięcy po zawale;
- 2) doprecyzowano opis dotyczący organizacji udzielania świadczeń na rzecz pacjenta po zawale mięśnia sercowego oraz zasady finansowania poszczególnych modułów kompleksowej opieki, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, by nie wzbudzały wątpliwości interpretacyjnych;
- 3) w warunkach finansowania świadczenia dodatkowo wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika w wysokości 1,2 w przypadku, gdy podmiot koordynujący realizację świadczenia KOS-zawał w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału kardiologicznego, funkcjonującego w trybie całodobowym z wyodrębnionym dyżurem lekarskim.

## 5. Skutki finansowe

Wdrożenie nowego zakresu świadczeń - kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego, będzie wiązało się ze skutkiem finansowym, szacowanym w skali roku, w wysokości ok. 36,6 mln zł.

Przy kalkulacji skutków przyjęto aktualne koszty opieki zdrowotnej po zawale związane z wydatkami NFZ w 2016 r. na świadczenia kardiologiczne w rodzaju leczenie szpitalne udzielone w związku z OZW, rewaskularyzacją, implantacją urządzeń wysokoenergetycznych (ICD oraz CRT-D), a także koszty opieki ambulatoryjnej kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej z uwzględnieniem taryf świadczeń obowiązujących od 1 stycznia 2017 r. Uwzględniono również zastosowanie współczynników korygujących. W niniejszym zarządzeniu wycenę jednostki rozliczeniowej przyjęto w wysokości 1 zł.

## 6. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia wydania.

## 7. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Głównym celem skoordynowanej i kompleksowej opieki jest poprawa efektów zdrowotnych pacjenta po zawale serca, dokończenie wszelkich interwencji medycznych wynikających ze stanu klinicznego pacjenta przez ten sam zespół medyczny, aby istotnie zmniejszyć ryzyko wystąpienia epizodu sercowo – naczyniowego i zgonu po zawale. Tym samym okres ewaluacji efektów wynika z założeń tej opieki określonych w rozporządzeniu szpitalnym. Mierniki, które pozwolą ocenić alternatywny sposób finansowania obejmować będą:

- 1) procentowy udział pacjentów po zawale mięśnia sercowego objętych kompleksową opieką w stosunku do wszystkich pacjentów leczonych i rehabilitowanych z powodu zawału serca;
- 2) odsetek rehospitalizacji z przyczyn sercowo – naczyniowych u pacjentów objętych opieką kompleksową;
- 3) odsetek pacjentów objętych opieką kompleksową, u których wykonano zabieg angioplastyki wieńcowej w ramach II etapu rewaskularyzacji;
- 4) odsetek pacjentów, którym wszczepiono kardiowerter/defibrylator ICD;
- 5) odsetek pacjentów, którym wszczepiono kardiowerter/defibrylator CRT-D;
- 6) procentowy udział wystąpienia u pacjentów objętych KOS-zawał zgonu po zawale z powodu epizodu sercowo- naczyniowego w okresie:
  - a) 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca,
  - b) 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca.

Rzetelne przeprowadzenie ewaluacji możliwe będzie po okresie pierwszego roku funkcjonowania wdrożonych modyfikacji w zakresie realizacji ww. świadczeń