

Uzasadnienie

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”, na mocy którego Prezes NFZ został zobowiązany jest do wydania dokumentu określającego przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niniejsze zarządzenie jest efektem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2163), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2164) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 2162). Wymienione rozporządzenia wprowadzają do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie gwarantowane - opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego.

W związku z ww. przepisami, uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentom po zawale mięśnia sercowego kompleksowego dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, które są niezbędne z punktu widzenia potrzeb klinicznych, tj. zabiegów kardiologii interwencyjnej, kompleksowej rehabilitacji, elektroterapii i specjalistycznej opieki kardiologicznej, wraz z zapewnieniem jej ciągłości w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca, wprowadzono do finansowania nowy zakres świadczeń: Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał).

W celu przeprowadzenia w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich NFZ postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, w oparciu o kryteria wyboru ofert, określone 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), warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego, przeniesione zostały do odrębnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Konsekwencją wyodrębnienia nowego zarządzenia dedykowanego dla świadczeń udzielanych w ramach opieki kompleksowej, jest wprowadzenie nowego wzoru umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe.

Świadczeniodawcy realizujący opiekę kompleksową po zawale mięśnia sercowego, będą zobowiązani zagwarantować pacjentowi skoordynowaną kompleksową realizację świadczeń - obejmującą zarówno postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, jak również specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji.

Wprowadzenie zakresu świadczeń: kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) pozwoli sfinansować wielokierunkową zintegrowaną opiekę nad osobami po zawale serca, tj. szpitalną, ambulatoryjną i domową - zgodnie z indywidualnymi wskazaniem pacjentów, co zapewni tej grupie pacjentów właściwy dostęp do świadczeń.

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

Wprowadzono również współczynnik korygujący 1,2 dla świadczeń związanych z pomostowaniem naczyń wieńcowych wykonywanych przez świadczeniodawców posiadających w strukturze organizacyjnej oddział kardiochirurgiczny (wpisany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą), 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, ciągłej dostępności do interdyscyplinarnego zespołu i leczenia według aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczących postępowania z chorymi z zawałem serca.

Wprowadzenie skoordynowanej i kompleksowej opieki kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego, opartej na wdrożeniu leczenia interwencyjnego, kardiochirurgicznego oraz wczesnej rehabilitacji kardiologicznej i monitorowaniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wskaźników dotyczących jakości opieki nad pacjentem ma na celu zapewnienie właściwego postępowania terapeutycznego nad pacjentami po zawale serca i właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może wpłynąć pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej.

Ponadto, w związku z planowanym wejściem w życie znowelizowanych przepisów ustawy o świadczeniach oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeń, wprowadzających regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie strukturę realizowanych świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia,

ujednolicono wartości punktowe jednostek rozliczeniowych pomiędzy leczeniem szpitalnym a ambulatoryjną opieką specjalistyczną i rehabilitacją leczniczą oraz przeliczono wartości punktowe poszczególnych produktów rozliczeniowych na nową liczbę punktów - przy założeniu, że średnia wartość punktu będzie wynosić 1 zł. Powyższa zmiana umożliwi realizację przepisów projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia nowego zakresu świadczeń, szacowany jest w skali roku na około ok. 36,6 mln zł

Projekt niniejszego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

Do przedstawionego projektu zarządzenia wpłynęło łącznie 67 uwag od 12 podmiotów, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów tylko 1 opinia - od reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

Zgłoszone w ramach konsultacji opinie i uwagi, głównie od środowiska kardiologów i podmiotów leczniczych, dotyczyły w szczególności:

1) doszczegółowienia postanowień zobowiązujących podmioty realizujące opiekę kompleksową do sprawozdania przypadków zawału serca do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrej Zespołów Wieńcowych, poprzez wprowadzenie sformułowania *„danych dotyczących wyjściowej hospitalizacji z zawałem serca oraz, po 12 miesiącach realizacji KOS-zawał, danych umożliwiających określenie wskaźników”*, w opisie przedmiotu umowy - uwaga uwzględniona;

2) w przypadku terminu wizyty kontrolnej (koordynującej) - zastąpienia sformułowania *„7-10 dni od wypisu z oddziału”* sformułowaniem: *„do 10 dniu od wypisu z oddziału”* lub *„dopuszcza się odstępnie od przeprowadzenia wizyty koordynującej – kontrolnej”* – uwaga nie uwzględniona; realizacja wizyty kontrolnej „w ciągu 7-10 dni od wypisu z oddziału” wynika z warunków rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;

3) włączenia do katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych opiece kompleksowej następujących grup JGP: E31 – Wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego oraz E32 – Wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego, związanych z implantacją rozruszników serca – uwaga nie uwzględniona; przedmiotowe grupy pozostają do rozliczenia w zakresie podstawowym kardiologii;

4) dodania do kryteriów kwalifikacji rozpoznania wg ICD -10: I22.8 Ponowny ostry zawał m. sercowego innych miejsc – uwaga nie uwzględniona; wykaz ICD-10 w kryteriach kwalifikacji jest zgodny z wykazem określonym w lp. 36 zał. nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;

5) dodania do listy chorób współistniejących (w charakterystyce grupy RKZW02) rozpoznań ICD-10 z zakresu nadciśnienia tętniczego: I10, I11.0, I11.9, I13.0, I13.1, I13.1, I13.2, I13.9, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9 oraz rozpoznań ICD-10 z zakresu zaburzeń rytmu i przewodzenia: I44.0-I44.7, I45.0-I49.9, I46.0, I46.9, I47.0-I47.2, I47.9, I48, I49.0-I49.9 - uwaga nie uwzględniona; kody ICD-10 wymienione w charakterystyce grupy są zgodne z wykazem określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej; zaproponowane kody ICD-10 nie znajdują się w wykazie w ww. rozporządzenia;

6) włączenia edukacji pacjenta przez pielęgniarkę podczas pierwszej wizyty kardiologicznej kwalifikującej do KOS-zawał, w celu poprawy efektywności opieki koordynowanej oraz zwiększenia wyceny takiej kompleksowej konsultacji – uwaga uwzględniona częściowo;

7) wprowadzenia współczynnika korygującego wartość produktów rozliczeniowych, dla podmiotów posiadających oddział kardiochirurgiczny w miejscu udzielania świadczeń (wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą) – uwaga uwzględniona; wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika w wysokości 1,2 w przypadku, gdy podmiot koordynujący realizację świadczenia KOS-zawał w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału kardiochirurgicznego, funkcjonującego w trybie całodobowym z wyodrębnionym dyżurem lekarskim;

8) zwiększenia wartości punktowych produktów dedykowanych do rozliczania rehabilitacji kardiologicznej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych jak i w ośrodku dziennym – uwaga uwzględniona częściowo; zwiększono wartość punktową produktu rozliczeniowego (grupy RKZ) do rozliczania osobodni rehabilitacji kardiologicznej w oddziale stacjonarnym.