

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego 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 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem, zmieniającym zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, związane są z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia” oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1270) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1250) wprowadzających zmiany w warunkach realizacji leczenia onkologicznego.

Celem wprowadzanych zmian jest dostosowanie przepisów wydanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do obowiązujących aktów prawnych. W głównej mierze wprowadzone zmiany dotyczą ujednolicenia przepisów zarządzenia w zakresie jednostek sprawozdawczych dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z przepisami obowiązującymi w tej materii w zakresach świadczeń: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych. Rozwiązanie takie umożliwi wyliczenie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach.

W niniejszym zarządzeniu, zgodnie z art. 146 ust. 6 znowelizowanej ustawy o świadczeniach, zaimplementowano w katalogu grup, katalogu produktów odrębnych i katalogu produktów do sumowania nowe taryfy w przypadku niektórych świadczeń. Stanowi to wprowadzenie w życie przepisów Obwieszczeń Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca br. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 października 2017 r.

Jednocześnie, w ślad za wprowadzonymi zmianami do nowelizowanego zarządzenia skorygowano wycenę punktową świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r. Zmiana powyższa jest spowodowana między innymi ustawą z dnia 8 czerwca o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz podpisanym porozumieniem z dnia 18 lipca 2017 roku pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i ratownikami medycznymi.

Ze względu na wiele uwag, zgłoszonych w procesie konsultowania projektów zarządzeń dostosowujących przepisy do nowych regulacji związanych z podstawowym systemem zabezpieczenia, dot. poszerzenia wykazu rodzajów świadczeń, które podlegać będą analogicznej zmianie ujednolicenia i wyceny świadczeń, podjęto decyzję o poszerzeniu obszaru objętego ww. działaniem, ale jednocześnie z uwagi na ograniczone środki w planie finansowym Funduszu proces ten rozłożono na dwa etapy, od 1 lipca br. zwiększenie o 2% oraz 1 października br. zwiększenie wyceny o 4% w stosunku do obecnej wyceny, co pozwoli na zachowanie bezpieczeństwa finansowego płatnika.

Dodatkowo w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

- 1) w związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych katalogach do zarządzenia (w katalogu grup JGP, katalogu produktów odrębnych, katalogu produktów do sumowania, katalogu zakresów świadczeń i katalogu produktów onkologicznych – pakiety onkologiczne) wydzielono odrębne zakresy dla specjalistycznych świadczeń udzielanych w ramach profili, które znalazły się w wykazach kwalifikujących do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń;
- 2) uwzględniając wnioski podmiotów leczniczych udostępniających uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, które udzielają świadczeń na podobnym poziomie diagnostycznym i leczniczym, tj. standardzie infrastruktury, personelu medycznego i sprzętu, co szpitale uniwersyteckie czy instytuty, po przeanalizowaniu wszystkich przedstawionych argumentów, w tym skutku finansowego dla płatnika, wprowadzono możliwość zastosowanie współczynnika

korygującego dla tej grupy podmiotów leczniczych. Zastosowanie współczynnika korygującego przez te podmioty, będzie możliwe, o ile udostępnienie bazy szpitalnej następuje na zasadach określonych w art. 89 ust. 4 ww. ustawy o działalności leczniczej;

- 3) wprowadzono także współczynniki korygujące dla:
 - grupy świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w ciągu roku kalendarzowego wykonują co najmniej 50 operacji rewizyjnych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (dotyczy to przypadków gdzie pierwotna endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego wykonana została u innego świadczeniodawcy). Zastosowanie współczynnika ma na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń oraz umożliwienie pacjentom uzyskania świadczeń na właściwym poziomie,
 - wybranych świadczeń - w sytuacji wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych na narządach parzystych - rozliczanych grupami: B16, B16G, B17, B17G, B18, B19, J01, J02, J04 oraz H94. Zastosowanie współczynnika ma na celu umożliwienie sfinansowania zrealizowanych procedur w przypadkach jednoczesowego wykonania zabiegów obustronnych, które ze względów klinicznych powinny być wykonywane jednocześnie, a często nie są ze względów finansowych, ponieważ wartości punktowe JGP nie pokrywają pełnych kosztów zabiegu w takich przypadkach;
- 4) w katalogu grup, w oparciu o analizę z realizacji świadczeń w ramach systemu JGP oraz analizę kosztową przekazaną przez AOTMiT:
 - w grupach dla typu umowy *hospitalizacja planowa* wprowadzono od 1 października br. wartość punktową stanowiącą 92% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 95%),
 - w grupach dla typu umowy *leczenie jednego dnia* wprowadzono od 1 października br. wartość punktową stanowiącą 85% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 90%),
 - dla hospitalizacji < 3 dni - typ umowy *hospitalizacja/ hospitalizacja planowa* w grupach zachowawczych wprowadzono wartość punktową na poziomie 50% (dotychczas 30% dla hospitalizacji < 2 dni), a w grupach zabiegowych na poziomie 92% stawki bazowej (dotychczas 90% dla hospitalizacji < 2 dni),
 - wyodrębniono grupy dla starszej populacji, gdzie według analizy obserwowana jest największa dysproporcja w medianie czasu hospitalizacji pomiędzy populacją

pacjentów starszych (>65 r.ż.) i młodszych (<66 r.ż.) – z uwagi na istotnie różne koszty leczenia pacjentów w zależności od wieku pacjentów czy też choroby współistniejące, rozliczanych grupami: C21, E22, E74, F07, F47, H62, H74, H85, J03, K53, L62.

Powyższe zmiany mają na celu urealnienie i dostosowanie finansowania hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu, jak również premiowanie szybkiej i kompleksowej diagnostyki;

- 5) w katalogu produktów onkologicznych – pakiety onkologiczne, z związku z nowelizacją rozporządzenia z zakresu leczenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w ramach leczenia onkologicznego włączone zostały nowe zakresy skojarzone, tj. dermatologia i wenerologia – hospitalizacja dermatologia i wenerologia – hospitalizacja – hospitalizacja planowa oraz rozszerzono listę rozpoznań o rozpoznania uwzględniające nowotwory niezłośliwe: dużych gruczołów ślinowych, ucha środkowego i układu oddechowego oraz nadpłytkowość samoistną, wg ICD-10: D11.0, D14.0 i D75.2., aby były spójne z treścią ww. rozporządzeń. W ślad za nowymi rozpoznaniem rozszerzono także wykaz świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń o JGP: C32, C43, C44, P19, S07 (w ramach których realizowane było dotychczas leczenie z rozpoznaniem: D11.0, D14.0, D75.2) i o istotne procedury sprawozdawane w ramach pakietów onkologicznego;
 - 6) w katalogu produktów do sumowania, wprowadzono produkt rozliczeniowy dedykowany do rozliczania opieki psychologicznej udzielanej kobiecie w sytuacji niepowodzenia położniczego (dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej) podczas jej pobytu w oddziale szpitalnym. Umożliwiono także rozliczanie wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka z rozpoznaniem Q81.0 - Q81.8 (dotyczy Peha-haft opaska elastyczna kohezyjna, Nobahaft-crepp, Mepilex Transfer, Mepilex EM, Niltac silikon do usuwania przylepca) na podstawie faktury;
 - 7) w katalogu produktów odrębnych, w oparciu o opinię konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii, zmodyfikowano warunki rozliczania padaczki lekoopornej w części dotyczącej badania EEG - w przypadku dzieci uznano za wystarczający zapis typu hipsarytmia lub SBA i ciągłych wyładowań napadowych.
- Ponadto, wprowadzono możliwości rozliczania leczenia powikłań infekcyjnych i nieinfekcyjnych, ostrego lub przewlekłego odrzucania przeszczepu lub przewlekłej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi u chorego po przeszczepieniu narządu

od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu odrzucenia i hospitalizacji związanej z graftektomią w zakresie chirurgii klatki piersiowej oraz chorób płuc, jak również możliwość rozliczania świadczeń onkologicznych z grup: F03, G26E, G26F, G33, G34, G35 w zakresie onkologii klinicznej;

- 8) w załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS-28, dokonano modyfikacji mających charakter porządkowy i dookreślający składowe podlegające ocenie w przedmiotowej skali. Zmiany wynikają przede wszystkim z aktualnej wiedzy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym z obecnie stosowanych technik/metod leczenia. Ponadto, w punktach dotyczącym innych interwencji uwzględniono procedurę związaną z udzielaniem kosztocłonnego świadczenia hipotermii leczniczej, jako istotnego do wykazania. W oparciu o opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dookreślono składowe leków wazoaktywnych oraz zmodyfikowano zapis związany z monitorowaniem i oceną układu krążenia. W rozdziale dotyczącym innych interwencji w OAiT rozszerzono katalog o kalorymetrię pośrednią, która jest wykorzystywana przy obliczaniu zapotrzebowania energetycznego;
- 9) zmodyfikowano treść załącznika dotyczącego oceny problemów zdrowotnych pacjenta geriatrycznego według skali VES-13, zgodnie z stanowiskiem Ministra Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Zmiany w tym zakresie mają na celu posługiwanie się oryginalną wersją skali VES-13 zalecaną do stosowania w opublikowanych Standardach postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r.;
- 10) uzupełniono wykaz badań genetycznych w chorobach nowotworowych o rozpoznania według ICD10: C92.2, C93;
- 11) w charakterystyce JGP, w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, dokonano zmian polegających m.in. na:
 - dostosowaniu kodów procedur medycznych wg ICD-9 w grupie E50 - zgodnie ze słownikiem ICD-9 opublikowanym w wersji 5.34,
 - wprowadzeniu do grupy E89 warunku dotyczącego czasu hospitalizacji poniżej dwóch dni,
 - przesunięciu procedury *85.313 Obustronna zmniejszająca mammoplastyka*, realizowanej w grupie J05 Średnia chirurgia piersi do grupy J03 Duże zabiegi w obrębie piersi - w ocenie ekspertów procedura ta w znaczący sposób odstaje, pod względem kosztowym od pozostałych procedur rozliczanych w tej grupie, jednocześnie jest zgodna z profilem zabiegów realizowanych w grupie J03,
 - wprowadzeniu do grupy H01 i H11 rozpoznania T84.0,

- usunięciu z grupy H14 rozpoznań od M17.0 do M17.5,
- usunięciu z grupy H15 rozpoznań od M16.0 do M16.7.

Dodatkowo w zarządzeniu dokonano zmian o charakterze porządkowym. Dotyczą one m.in. zmiany numeracji kodu produktu rozliczeniowego dedykowanego do rozliczania hospitalizacji świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który został zdublowany z numerem kodu produktu rozliczeniowego hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r. ż., oraz zmiany kodu zakresu świadczeń związanych z hemodializoterapią, który uległ zmianie z uwagi na podział tych świadczeń ze względu na tryb ich wykonywania (ambulatoryjny lub w ramach 24- godzinnego dyżuru) i określenie przez AOTMiT odrębnych taryf dla tych świadczeń. Doprecyzowania przepisów odwołujących się do świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), finansowanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, z uwagi na opublikowanie zarządzenia Prezesa NFZ nr 38/2017/DSOZ.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia dla niektórych świadczeń taryf świadczeń opublikowanych w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w z rodzaju: leczenie szpitalne oraz z wprowadzenia pozostałych zmian, w tym zmiany wyceny za punkt szacowany jest, w skali sześciu miesięcy, na około 428 149 446 PLN.

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.

W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.

W wyniku konsultacji 51 podmiotów zgłosiło 120 uwag i opinii, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów wpłynęło 22 opinie – od konsultantów krajowych w dziedzinie: neurochirurgii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, toksykologii klinicznej, anestezjologii i intensywnej terapii, immunologii klinicznej, neurologii dziecięcej, okulistyki,

chirurgii naczyniowej, onkologii i hematologii dziecięcej i medycyny nuklearnej (21 opinii) oraz od reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców (1 opinia).

Przekazane uwagi w zdecydowanej większości nie dotyczyły treści stanowiących przedmiot konsultacji, w tym propozycje zmian zgłoszone przez niektórych konsultantów krajowych, które odnosiły się m.in. do:

- zmiany wycen produktów rozliczeniowych związanych z leczeniem chorób nerwów obwodowych, leczeniem ciężkich i średnich zatruć, radioembolizacją ognisk przerzutowych z zastosowaniem podawanych do tętnicy wątrobowej mikrosfer znakowanych emiterami promieniowania beta,

- wprowadzenia do katalogów nowych produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania np. leczenia nieoperacyjnych guzów neuroendokrynnych z zastosowaniem analogów somatostatyny znakowanych radioizotopami - emiterami promieniowania beta/alfa, hospitalizacji po zabiegu DBS celem ustalenia parametrów stymulacji i farmakoterapii (dla rozpoznań: G20, G24, G25),

- umożliwienia rozliczania w ramach zakresu chirurgia dziecięca niektórych świadczeń, m.in. związanych z: leczeniem ciężkich wad rozwojowych płuc, rekonstrukcją złamań w obrębie miednicy, endoskopowymi zabiegami gruczołu krokowego, diagnostyka i leczeniem guzów litych narządów i tkanek

Powyższe postulaty nie zostały uwzględnione. Uznano, że przedmiotowe wnioski z uwagi na aspekt finansowy - zarówno zmiana wyceny świadczeń jak zasadność wprowadzania nowych produktów rozliczeniowych - wymagają szczegółowych analiz z udziałem AOTMiT (w aspekcie ewentualnego określenia nowych taryf dla wnioskowanych świadczeń), w tym analizy skutków finansowych dla płatnika.

Nie uwzględniono także postulatów konsultantów w zakresie objęcia niektórych chorób: m.in. krwotoków wewnątrzczaszkowych z tętniaków, naczyniaków, guzów mózgu, tętniaków aorty, tętniaków odcinka piersiowo brzuszego, zatorów i zakrzepów brzusznej części tętnicy głównej, ciężkich i wielonarządowych obrażeń ciała - rozliczaniem bez limitowym, z uwagi, na brak wydzielenia takich świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia.

W zarządzeniu uwzględnione zostały wyłącznie opinie i uwagi o charakterze merytorycznym dotyczące przedmiotu konsultacji, w szczególności odnoszące się do:

- 1) rozszerzenia w karcie punktacji skali TISS-28 grupy leków wazoaktywnych oraz dodania do inwazyjnego monitorowania układu krążenia innych metod kalibrowanych (termodylucja przezskórna, dylacja litu) i do listy interwencji podejmowanych w OAiT

kalorymetrii pośredniej – uwaga zgłoszona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

2) modyfikacji warunków rozliczania padaczki lekoopornej w części dotyczącej badania EEG poprzez uznanie - w przypadku dzieci - za wystarczające zapis typu hipsarytmia lub SBA i ciągłych wyładowań napadowych – uwaga zgłoszona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej;

3) wprowadzenia dla świadczeniodawców wykonujących 50 i więcej operacji rewizyjnych stawów kolanowych i biodrowych współczynnika korygującego wartość produktów rozliczeniowych (H09, H10, H11, H16, H17, H18, H19) na poziomie 1,5 - uwaga zgłoszona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

4) uzupełnienia rozpoznania C92.2, C93 w wykazie badań genetycznych w chorobach nowotworowych – uwaga zgłoszona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej;

5) wprowadzenia możliwości realizacji diagnostyki genetycznej chorób nowotworowych dodatkowo w zakresie świadczeń: położnictwo i ginekologia, w związku z kompleksowym leczeniem raka jajnika w oddziałach ginekologicznych – uwagi zgłoszone przez podmioty realizujące świadczenia onkologiczne (pakiet onkologiczny);

6) wprowadzenia możliwości rozliczania leczenia powikłań infekcyjnych i nieinfekcyjnych, odrzucenia przeszczepu lub przewlekłej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi u chorego po przeszczepieniu narządu od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu odrzucenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej oraz chorób płuc – uwaga zgłoszona przez Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii;

7) rozszerzenia rozpoznań do rozliczania produktem dedykowanym do rozliczania opieki psychologicznej dla kobiet w sytuacji niepowodzenia położniczego o rozpoznania wg ICD-10: *O35 Opieka położnicza z powodu znanej lub podejrzewanej nieprawidłowości lub uszkodzenia płodu, O36, 4 Opieka położnicza z powodu obumarcia płodu (śmierci wewnątrzmacicznej)* – uwaga zgłoszona przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie. położnictwa i ginekologii oraz psychologów klinicznych;

8) wprowadzenia możliwości rozliczania w zakresie onkologii klinicznej świadczeń onkologicznych z JGP: F03, G26E, G26F, G33, G34, G35 – uwagi zgłoszone przez podmioty lecznicze realizujące leczenie onkologiczne;

9) wprowadzenia dla grup: N09 i N11 liczby dni finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczał finansowany grupą – uwaga zgłoszona przez podmioty lecznicze;

10) wprowadzenia do katalog produktów do sumowania produktów dedykowanych do rozliczania składników krwi, m.in. przetoczenia osocza świeżo mrożonego po karencji, przetoczenia krioprecypitatu po karencji – uwaga zgłoszona przez podmioty lecznicze USK we Wrocławiu, WIM w Warszawie;

11) weryfikacji założeń dotyczących różnicy między wyceną punktową przy realizacji umów w ramach hospitalizacji planowej i leczenia jednego dnia, w szczególności różnic w wycenie świadczeń zabiegowych w trybie leczenia jednego dnia i w przypadku „hospitalizacji <3 dni” (tj. wydłużenia o jeden dzień czasu trwania hospitalizacji) – uwagi zgłoszone przez podmioty lecznicze, opinia AOTM iT dokonana na podstawie danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców.