

<p>Nazwa projektu: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.</p> <p>Komórka odpowiedzialna za projekt: Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia</p>	<p>Data sporządzenia: 25 lipca 2017 r.</p>
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zarządzenie, zmieniające 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, wprowadza:

1) nowe taryfy w przypadku niektórych świadczeń – w związku z opublikowaniem w dniu 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r. obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 października 2017 r.

2) ujednolicone wartości punktowe jednostek rozliczeniowych pomiędzy leczeniem szpitalnym a ambulatoryjną opieką specjalistyczną, w związku 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.

Konieczność ujednolicenia jednostek sprawozdawczych w tych zakresach świadczeń, które będą służyć do wyliczenia wartości ryczału systemu zabezpieczenia na dany okres rozliczeniowy, jest niezbędna z uwagi, iż dotychczasowe wartości punktowe i ceny punktów dla produktów rozliczeniowych określonych w poszczególnych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określających warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach świadczeń mających stanowić system szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie są jednolite dla omawianych świadczeń;

3) zmianę w wycenie punktowej 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.

4) wydzielone odrębne zakresy dla specjalistycznych świadczeń udzielanych w ramach profili, które znalazły się w wykazach kwalifikujących do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń - w związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) współczynniki korygujące mające na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń oraz umożliwienie pacjentom uzyskania świadczeń na właściwym poziomie.

- dla grupy świadczeniodawców, będących podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, które mają na celu premiowanie podmiotów udzielających świadczeń na podobnym poziomie diagnostycznym i leczniczym, tj. standardzie infrastruktury, personelu medycznego i sprzętu, co szpitale uniwersyteckie czy instytuty,

- 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).

- dla wybranych świadczeń - w sytuacji wykonania jednocześnie zabiegu na narządach parzystych, umożliwi to adekwatne sfinansowanie zrealizowanych procedur z uwagi, iż wartości punktowe JGP w takich przypadkach nie pokrywają pełnych kosztów zabiegu;
 - 6) produkt rozliczeniowy dedykowany do rozliczania opieki psychologicznej - wprowadzenie wynika z rozwiązań przyjętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w celu umożliwienia kobiecie w sytuacji niepowodzenia położniczego korzystanie ze świadczeń psychologa podczas jej pobytu w oddziale szpitalnym;
 - 7) w ramach leczenia onkologicznego - pakiety onkologiczne, włączono nowe zakresy skojarzone, tj. dermatologia i wenerologia – hospitalizacja dermatologia i wenerologia – hospitalizacja – hospitalizacja planowa oraz rozszerzono listę rozpoznań o rozpoznania według ICD-10: D11.0, D14.0 i D75.2 uwzględniające nowotwory niezłośliwe dużych gruczołów ślinowych, ucha środkowego i układu oddechowego oraz nadpłytkowość samoistną. Rozszerzono także wykaz świadczeń o JGP: C32, C43, C44, P19, S07 (w ramach których realizowane było dotychczas leczenie z rozpoznaniem: D11.0, D14.0, D75.2) i istotne procedury sprawozdawane w ramach pakietu onkologicznego – zmiana związana jest z nowelizacją rozporządzenia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
 - 8) możliwość rozliczania wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka z rozpoznaniem Q81.0 - Q81.8 (dotyczy Peha-haft opaska elastyczna kohezyjna, Nobahft-crepp, Mepilex Transfer, Mepilex EM, Niltac silikon do usuwania przylepca) na podstawie faktury;
 - 9) wyodrębnienie grup dla starszej populacji (>65 r.ż.) oraz wprowadzenie w grupach zachowawczych wartości punktowych dla hospitalizacji < 3 dni na poziomie 50% stawki bazowej i w grupach dla typu umowy „hospitalizacja planowa” wartości punktowych o 8% niższej a w hospitalizacji jednodniowej o 15% niższej od wyceny w hospitalizacji pełnej - zmiany te mają na celu urealnienie i dostosowanie finansowania hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu, jak również premiowanie szybkiej i kompleksowej diagnostyki;
 - 10) modyfikację składowych podlegających ocenie stanu pacjenta według skali TISS-28, poprzez dookreślenia składowych leków wazoaktywnych oraz zapisów związanych 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 - modyfikacja ta wynika przede wszystkim z aktualnej wiedzy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym z obecnie stosowanych technik/metod leczenia;
 - 11) modyfikację skali VES-13, dotyczącą oceny problemów zdrowotnych u pacjenta geriatrycznego, zgodnie z stanowiskiem Ministra Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, umożliwi to posługiwanie się oryginalną wersją skali VES-13 zalecaną do stosowania w opublikowanych Standardach postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r.
- Ponadto zarządzenie wprowadza zmiany o charakterze porządkowym. Między innymi dokonano 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. Dokonano również zmian porządkowych w charakterystyce JGP, w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych.

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

W zarządzeniu zostały przeliczone dotychczasowe wartości punktowe poszczególnych produktów rozliczeniowych na nową liczbę punktów - przy założeniu, że średnia wartość punktu będzie wynosić 1 zł. Rozwiązanie takie umożliwi wyliczenie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach.

Jednocześnie, skorygowano wartości punktowe, rekompensując świadczeniodawcom dodatkowe koszty udzielania świadczeń.

Przewidziane w projekcie rozwiązania w zakresie wprowadzenia współczynników korygujących oraz produktu rozliczeniowego dedykowanego do rozliczania opieki psychologicznej, powinny przyczynić się do poprawy dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosowanie zmodyfikowanej wersji skali VES-13 do przeprowadzania oceny problemów zdrowotnych u pacjenta geriatrycznego, która w opracowaniach naukowych jest wiarygodnym i szeroko zwalidowanym narzędziem badawczym, wpłynie na właściwe kwalifikowanie pacjenta do grupy znacząco zagrożonej pogorszeniem sprawności funkcjonowania.

Natomiast dostosowanie kodów procedur medycznych wg ICD-9 w grupie E50 - zgodnie ze słownikiem ICD-9 opublikowanym w wersji 5.34, wprowadzenie do grupy E89 warunku dotyczącego czasu hospitalizacji poniżej dwóch dni, ma na celu wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych.

W uwagi na ograniczone środki w planie finansowym Funduszu proces wprowadzenia przedmiotowych zmian rozłożono na dwa etapy, od 1 lipca br. oraz 1 października br., co pozwoli na zachowanie bezpieczeństwa finansowego płatnika.

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 świadczeń: leczenie szpitalne.	Liczba podmiotów leczniczych na dzień sporządzenia OSR niemożliwa do określenia. Potencjalnie wszystkie podmioty lecznicze realizujące obecnie umowy w zakresach szpitalnych.	System informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia.	zmiana poziomu finansowania świadczeń w typie umowy hospitalizacja planowa oraz rozliczanych grupami zachowawczymi w przypadku hospitalizacji < 3 dni.
2. Centrala NFZ i OW NFZ.			Implementacja postanowień zarządzenia do aplikacji informatycznych obsługujących proces zawierania/aneksowania umów oraz proces rozliczeń. Organizacja i przeprowadzenie procesu zmiany umów

3. 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), podlegał konsultacjom zewnętrznym dwukrotnie na okres 14 dni.

W wyniku konsultacji 51 podmiotów zgłosiło 120 uwag i opinii, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów wpłynęło 22 opinie – od konsultantów krajowych (21 opinii) oraz od reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców (1 opinia).

W zarządzeniu uwzględnione zostały wyłącznie opinie i uwagi o charakterze merytorycznym, 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 OAiIT kalorymetrii pośredniej;
- 2) modyfikacji warunków rozliczania padaczki lekoopornej w przypadku dzieci;
- 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;

- 4) uzupełnienia rozpoznania C92.2, C93 w wykazie badań genetycznych w chorobach nowotworowych;
- 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;
- 6) wprowadzenia możliwości rozliczania leczenia powikłań infekcyjnych i nieinfekcyjnych, leczenia ostrego lub przewlekłego 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;
- 7) rozszerzenia rozpoznania do rozliczania produktem dedykowanym do rozliczania opieki psychologicznej dla kobiet w sytuacji niepowodzenia położniczego;
- 8) wprowadzenia możliwości rozliczania w zakresie onkologii klinicznej świadczeń onkologicznych z JGP: F03, G26E, G26F, G33, G34, G35;
- 9) wprowadzenia dla grup: N09 i N11 liczby dni finansowanych grupą oraz wartości punktowej osobodnia ponad ryczał finansowany grupą;
- 10) 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”.

4. Skutki finansowe

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 mln PLN.

5. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

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

Nie dotyczy.