

## 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, z późn. 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, polegają na implementacji w katalogu grup, katalogu produktów odrębnych i katalogu produktów do sumowania, stanowiących odpowiednio załączniki nr 1, 2 i 3 do zarządzenia, nowych produktów rozliczeniowych w przypadku niektórych świadczeń. Stanowi to wprowadzenie do stosowania postanowień określonych w obwieszczeniach Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca br. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, do czego zobowiązują Prezesa NFZ przepisy art. 146 znowelizowanej ustawy o świadczeniach.

Nowe produkty rozliczeniowe wprowadzone w zakresie kardiologia, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, uwzględniające rozpoznania i procedury medyczne zarekomendowane przez Radę ds. Taryfikacji i Prezesa AOTMiT, zostały przygotowane zgodnie z nazwą świadczenia jednostkowego i taryfą opublikowaną w załączniku do obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r.

Dodatkowo, w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

- 1) w związku z wyodrębnieniem produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń udzielanych w OAiT do odrębnego katalogu, stanowiącego załącznik nr 1ts do zarządzenia, w części normatywnej zarządzenia zmodyfikowano przepisy odnoszące się do finansowania przedmiotowych świadczeń w ramach produktów z tego katalogu, aby były spójne z treścią załącznika nr 1ts;
- 2) w zakresach świadczeń – kardiochirurgia, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca wprowadzono zakresy skojarzone dla świadczeń dedykowanych pacjentom leczonym z powodu ostrego zawału serca (obejmującego pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką) i z hemofilią oraz pokrewnymi skazami krwotocznymi w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia hemofilii;
- 3) w zakresie skojarzonym neonatologia dodano świadczenia z grypy JGP N26;

- 4) dodano przepis regulujący kwestie finansowania świadczeń w zakresach skojarzonych – w świetle tej regulacji kwota zobowiązania przeznaczana na realizację świadczeń w zakresach skojarzonych będzie obejmowała również świadczenia finansowane w ramach produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z właściwymi grupami wymienionymi w tych zakresach, określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia;
- 5) wprowadzono współczynnik korygujący dla grupy świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny;
- 6) doprecyzowano przepisy zarządzenia odnoszące się do rozliczania świadczenia: *Całościowa ocena geriatryczna* finansowanego w ramach produktu nr 5.53.01.0001499 z katalogu produktów do sumowania, wskazując na konieczność udokumentowania przeprowadzenia oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny - dotyczy świadczeniodawców realizujących świadczenia na podstawie § 6a rozporządzenia szpitalnego, którzy nie dysponują oddziałem geriatrycznym ani poradnią geriatryczną;
- 7) wprowadzono możliwość rozliczania produktu o kodzie nr 5.53.01.0001499 *Całościowa ocena geriatryczna* (COG) we wszystkich zakresach z wyjątkiem zakresów dedykowanych dzieciom (o profilu pediatrycznym) oraz położniczo – ginekologicznym, z jednoczesnym wprowadzeniem przepisu w kolumnie „uwagi”, iż COG „przeprowadzana jest przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny” – w celu zachowania spójności z przepisami § 6a rozporządzenia szpitalnego oraz obowiązującym standardem postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r. opracowanych przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia;
- 8) zmodyfikowano również opis dotyczący całościowej oceny geriatrycznej (część VI zał. nr 10 do załączenia), poprzez uszczegółowienie zakresu realizacji oceny geriatrycznej w ramach porady konsultacyjnej przeprowadzanej przez lekarza geriatrę i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny oraz dodano w „Karcie całościowej oceny geriatrycznej” możliwości wpisania przez lekarza geriatrę wniosków diagnostycznych/leczniczych i zaleceń przekazywanych personelowi medycznemu sprawującemu opiekę nad pacjentem geriatrycznym (dotyczy oddziałów innych niż geriatryczne), w związku z wprowadzeniem możliwości rozliczania procedury *Całościowa ocena geriatryczna* przez wszystkich świadczeniodawców, w tym

świadczeniodawców nie dysponujących oddziałami geriatrycznymi. Przedmiotowa modyfikacja wynika ze stanowiska Ministra Zdrowia oraz standardu postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r. opracowanego przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia;

- 9) w katalogu produktów odrębnych i katalogu produktów do sumowania, dodano produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczania kosztów leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej – wprowadzenie wyniku z przepisów ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200); oraz kosztów wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka;
- 10) w katalogu produktów onkologicznych – pakiety onkologiczne rozszerzono wykaz produktów rozliczeniowych o produkt: 5.52.01.0000035 umożliwiający rozliczenie implantację portu naczyniowego z hospitalizacją;
- 11) w załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS – 28, w punkcie odnoszącym się do monitorowania hemodynamicznego za pomocą metod małoinwazyjnych, dokonano korekty oczywistej omyłki pisarskiej. Dodano punkt uwzględniający monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych (określając jednocześnie katalog metod zaliczanych do punktacji). W punkcie odnoszącym się do diurezy wymuszanej farmakologicznie, rozszerzono katalog produktów leczniczych (dodano dwa diuretyki: spironolakton i torasemid) dookreślając jednoznacznie drogę podaży – podanie dożylnie. W punkcie odnoszącym się do pomiaru ICP dodano uwagę nt. możliwość rozliczania kosztu jednorazowego zestawu do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego produktem o kodzie nr 5.53.01.0001435 Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia. W pozostałej części skala TISS – 28 pozostaje bez zmian.

Zmiany w pozostałych katalogach (katalogu produktów do sumowania, katalogu zakresów, charakterystyka JGP), stanowiących odpowiednio załączniki nr 3, 5 i 8 do zarządzenia, wynikają z wprowadzenia zmian w katalogu grup (związanych z nowymi taryfami świadczeń). Dotyczą modyfikacji (usunięcia, dodania, przeniesienia) procedur lub rozpoznań w obrębie charakterystyk JGP.

Dodatkowo w charakterystyce JGP, dla zachowania symetrii świadczeń realizowanych w zakresie kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego oraz w zakresie specjalistycznych świadczeń kardiologicznych w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń, z grup E10, E11, E12G, E15 z listy rozpoznań

zostało wykreślone rozpoznanie wg ICD-10 I20.0 Dusznica niestabilna i I20.1 Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych. Zabiegi w tym wskazaniu rozliczane będą w ramach angioplastyk naczyń wieńcowych.

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 z rodzaju: leczenie szpitalne oraz z wprowadzenia pozostałych zmian, szacowany jest w skali IV kwartału na ok. 7 mln zł.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) lp. 69 załącznika nr 2 do niniejszego zarządzenia;
  - 2) lp. 80 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia
- które wchodzi w życie z mocą od dnia 23 lipca 2017 r.

Wejście w życie postanowień określonych w lp. 69 i lp. 80 ww. załączników z mocą wsteczną jest konsekwencją wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200) w części ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Przewidziany termin wejścia w życie przepisów stanowi dostosowanie przepisów zarządzenia do obowiązującego stanu prawnego.

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 32 podmioty zgłosiły łącznie 72 uwagi, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów wpłynęło 5 opinii – od konsultantów krajowych w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii i chirurgii naczyniowej (4 opinie) i Naczelnej Rady Lekarskiej (1 opinia).

Przekazane uwagi w zdecydowanej większości dotyczyły utrzymania rozliczenia interwencyjnego leczenia niestabilnej dusznicy bolesnej (wg ICD-1: I.20.0 oraz I.20.1) jako procedury nielimitowanej (uwagi w przedmiotowej kwestii przekazane zostały m.in. przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, Naczelną Radę Lekarską, Instytut Kardiologii w Warszawie oraz Szpital Uniwersytecki w Krakowie). W uzasadnieniu do pozostawienia przedmiotowych rozpoznań w grupach E10, E11, E12G, E15 argumentowano, że wg zaleceń Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Kardiologia Polska 2015;73:1207-1294) najlepsze efekty wczesne i odległe we wszystkich postaciach ostrego zespołu wieńcowego (w tym w niestabilnej dusznicy - UA) przynosi odpowiednio wcześnie zastosowane leczenie zabiegowe. Nieuwzględnienie rozpoznań I20.0 i I20.1 (dusznica niestabilna) w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego oraz w zakresie specjalistycznych świadczeń kardiologicznych w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń, jako świadczeń nielimitowanych spowoduje znaczne ograniczenie dostępu do leczenia inwazyjnego pacjentów z zaawansowaną miażdżycą, znaczne pogorszenie się kondycji finansowej szpitali jak również może spowodować wymuszenie nieetycznych i sprzecznych z etyką zachowań lekarskich zmierzających do przesuwania w czasie pilnych interwencji kardiologicznych – uwagi nie zostały uwzględnione. W obecnym stanie prawnym brak jest podstaw do nielimitowego rozliczania świadczeń z rozpoznaniem dusznicy bolesnej w ramach grup dedykowanych do rozliczania leczenia ostrego zawału serca w umowach PSZ natomiast pozostawienie rozpoznań I20.0 i I20.1 w dotychczasowych charakterystykach grup (nielimitowanych) dla szpitali poza siecią, spowoduje nierówność podmiotów.

Pozostałe zgłoszone w ramach konsultacji opinie i uwagi dotyczyły w szczególności:

- 1) wyłączenia z finansowania z zastosowaniem współczynnika korygującego operacji żyłaków kończyn dolnych realizowanych w ramach JGP: Q22, Q23, Q24 (uwaga przekazana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii naczyniowej) – uwzględniono;
- 2) rozszerzenia wykazu opatrunków dedykowanych dla pacjentów z rozpoznaniem epidermolysis bullosa o opatrunki UrgoTul oraz UrgoTul Ag i ograniczenie listy rozpoznań dla których winny być zabezpieczone opatrunki do: Q81.1, Q81.2 oraz Q81.8 – uwzględniono;
- 3) umożliwienia rozliczenia grup S13, S14 w zakresie onkologia i hematologia dziecięca – uwzględniono;

4) rozszerzenia w zakresie oceny stanu pacjenta według skali TISS – 28 katalogu elementarnych czynności wykonywanych na rzecz pacjenta hospitalizowanego w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych oraz w zakresie innych pojedynczych interwencji); dodania możliwości rozliczania kosztu jednorazowego zestawu do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego produktem z katalogu świadczeń do sumowania (5.53.01.0001435 Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia) – uwagi przekazane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.