

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna polegają na:

1) wprowadzeniu dwóch współczynników korygujących 1,5 oraz 1,2 w przypadku udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych na rzecz dzieci w wieku odpowiednio 0-3 r.ż.(od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.) oraz 4-18 r. ż. Zmiana ma na celu premiowanie podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń dla najmłodszych pacjentów kompleksowo i na najwyższym poziomie. Pozwoli to także, na zmotywowanie lekarzy, do realizacji diagnostyki i terapii, w jak najszerszym zakresie w trybie ambulatoryjnym, co znacznie zmniejsza stres u dziecka;

2) wprowadzeniu współczynnika korygującego w wysokości 1,4 przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia. Oczekuje się, że działania te znacząco zwiększą liczbę szybko przyjmowanych i diagnozowanych w trybie ambulatoryjnym chorych, co powinno skrócić czas oczekiwania na poradę, a także zracjonalizować wydatkowanie publicznych środków, w tych specjalnościach, w których są najdłuższe kolejki oczekujących chorych. Utrzymano jednocześnie pozostałe zasady rozliczania porad pierwszorazowych;

3) dokonaniu zmiany wycen niżej wymienionych procedur zabiegowych, jeżeli zrealizowane zostały w trybie ambulatoryjnym w ramach umowy AOS, zamiast w trybie stacjonarnym. Zmiana wyceny tych świadczeń ma na celu racjonalizację wydatkowania środków publicznych oraz dostosowanie ich do ponoszonych kosztów:

			Dotychczasowa wycena		Modyfikacja wyceny	
L.p.	Kod ICD-9	Nazwa ICD-9	AOS 2018 - kod grupy	AOS 2018 – wycena pkt	AOS 2018 - kod grupy	AOS 2018 - wycena pkt
1.	08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczowego	Z44	145	Z44	250
2.	08.21	Wycięcie gradówki	Z44	145	Z44	250
3.	08.38	Korekcja przykurczu powiek	Z44	145	Z44	250
4.	08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/wywniętej powieki	Z44	145	Z44	250
5.	08.42	Podszycie podwiniętej/wywniętej powieki	Z44	145	Z44	250
6.	08.511	Powiększenie szczeliny powiek	Z44	145	Z44	250
7.	08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej	Z44	145	Z44	250
8.	08.522	Zszycie tarczki	Z44	145	Z44	250
9.	08.71	Rekonstrukcja brzegu powieki niepełnej grubości	Z44	145	Z44	250
10.	10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki	Z44	145	Z44	250
11.	10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce	Z44	145	Z44	250
12.	10.331	Usunięcie ziarniny jagliczej	Z44	145	Z44	250
13.	10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	Z44	145	Z44	250
14.	10.91	Iniekcja podspojówkowa	Z44	145	Z44	250
15.	12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka	Z44	145	Z44	250
16.	12.54	Przecięcie twardówki z zewnątrz	Z44	145	Z44	250
17.	12.75	Gonioplastyka laserowa	Z44	145	Z44	250
18.	12.76	Trabekuloplastyka laserowa	Z44	145	Z44	250
19.	12.91	Lecznice opróżnienie komory przedniej oka	Z44	145	Z44	250
20.	12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka	Z44	145	Z44	250
21.	12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka	Z44	145	Z44	250
22.	12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka	Z44	145	Z44	250
23.	08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi	Z103	140	Z44	250
24.	12.73	Cyklofotokoagulacja	Z105	187	Z44	250
25.	13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie) (kapsulotomia laserowa)	Z110	210	Z58	280
26.	13.65	Wycięcie wtórnej błony po zaćmie	Z110	210	Z58	280
27.	13.66	Rozdrobnienie wtórnej błony po zaćmie	Z110	210	Z58	280

Powyższe modyfikacje mają odzwierciedlenie w nowelizowanych załącznikach nr 5a i 7 do zarządzenia;

4) dokonaniu zmiany wyceny porady, w ramach której wykazywane jest do rozliczenia wykonanie wielodniowego monitorowania czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Event Holter, Holter 72 godz. z 121 pkt do 159 pkt. W tym celu do listy *W4 Badania dodatkowe - grupa 3* dodano procedurę ICD-9 dedykowaną wykonaniu monitorowania czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) metodą Event Holter, Holter 72 godz. (89.503);

5) dodaniu dwóch produktów rozliczeniowych dedykowanych cukrzycy monogenowej. Zmiana wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.03.2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzającego świadczenie gwarantowane: „Diagnostyka cukrzycy monogenowej”, a wycena odpowiada taryfie świadczeń opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

6) rozszerzeniu wykazu lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego kierujących na wykonanie badań ASDK, skierowanie których będzie uprawniać do ich rozliczenia w ramach odrębnej umowy z NFZ w określonym zakresie świadczeń ASDK.

Skutek finansowy w okresie 6 miesięcy roku 2018 wynikający z wprowadzenia modyfikacji wyceny świadczeń pierwszorazowych w czterech zakresach świadczeń na dzień sporządzenia dokumentu oszacowano w wysokości 30 mln zł. Dodatkowo skutek finansowy wynikający z wprowadzenia współczynników korygujących odnoszących się do realizacji świadczeń u dzieci oszacowano na 79,5 mln zł. Natomiast koszt wprowadzenia zmiany wyceny części okulistycznych świadczeń zabiegowych wynosi 6,5 mln zł.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 lipca 2018 r.

Projekt zarządzenia Prezesa NFZ, 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. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (NRL, NRPiP), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach. W ich wyniku 17 podmiotów zgłosiło 24 uwagi i opinie. Przekazane uwagi odnosiły się w głównej mierze do zwiększenia wykazu zakresów świadczeń

premiowanych współczynnikiem 1,4 w przypadku świadczeń pierwszorazowych oraz dotyczyły doprecyzowania przepisów odnoszących się do wprowadzonych współczynników w zakresie udzielania świadczeń na rzecz dzieci w zakresach dla osób dorosłych. W ramach przedmiotowych uwag doprecyzowano, że premiowane są świadczenia pierwszorazowe udzielane świadczeniobiorcom powyżej 18 r.ż. Wprowadzony współczynnik odnosi się jedynie do zakresów: alergologii, endokrynologii, kardiologii i neurologii, tj. do zakresów o najdłuższych kolejkach oczekujących, w których jest wydzielony zakres skojarzony pierwszorazowy.