

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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.¹) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiana zarządzenia Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.):uwzględnia wyniki analiz i prac prowadzonych nad świadczeniami związanymi z chorobami dzieci. Wprowadzone zmiany uwzględniają specyfikę leczenia dzieci w stosunku do pozostałych pacjentów, stąd proponuje się poszerzenie dotychczasowej sekcji P Choroby dzieci katalogu JGP. Wprowadza się także nową sekcję PZ Choroby dzieci – leczenie zabiegowe, która zawiera w jednym miejscu JGP dedykowane wyłącznie chirurgii dziecięcej i innym specjalistycznym dziecięcym dziedzinom zabiegowym. Rozwiązanie to pozwoli w przyszłości na rozwój i uwzględnianie w katalogu specyfiki związanej z leczeniem dzieci niezależnie od konieczności zmiany dla pozostałych świadczeń.

Dla wszystkich JGP zabiegowych w nowopowstałej sekcji katalogu wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika 1,2 dla dzieci w wieku od urodzenia do ukończenia 3 r.ż. oraz współczynnika 1,1 dla dzieci w wieku odpowiednio 4 – 9 r.ż. podnoszącego wartość rozliczanej JGP. Uwzględniono również w wycenie katalogowej świadczeń dotychczasowych wskaźników dedykowanych poszczególnym zakresom dziecięcym.

W wyniku tych prac zmieniono w niniejszym projekcie zasady rozliczania zabiegów noworodka realizowanych na oddziale neonatologii poprzez umożliwienie sumowania zrealizowanych zabiegów do grup neonatologicznych N21, N22. Tym samym usunięto z katalogu grupę N26, gdyż rozliczane poprzez tę JGP procedury ICD-9 będą teraz możliwe do rozliczania produktem z katalogu 1c poprzez dosumowanie do właściwej JGP z zakresu neonatologii właściwej dla stanu klinicznego noworodka. Jednocześnie umożliwiono w ramach ww. produktu z katalogu 1c rozliczenie zabiegów witrektomii.

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925 i 2192.

W celu wzmocnienia działań Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na premiowaniu świadczeniodawców (wolumen jako aproksymacja jakości) specjalizujących się w wykonywaniu określonych grup zabiegów dedykowanych pacjentom onkologicznym (dotyczy karty DiLO) oraz udzielających kompleksowych świadczeń na rzecz pacjentów onkologicznych, umożliwiono zastosowanie współczynnika korygującego o wartości 1,25 oraz dokonano korekty wyceny wybranych świadczeń teleradioterapii. Dodatkowo Fundusz rozszerzając podejmowane działania, po przeprowadzeniu szczegółowych analiz dodał do katalogu produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznaw onkologicznych (produkty objęte współczynnikiem korygującym) nowotwory złośliwe tarczycy i przytarczyc, nowotwory OUN oraz nowotwory złośliwe gardła i krtani.

W związku z opublikowaniem w dniu 20 grudnia 2018 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2376), które wprowadza z dniem 1 stycznia 2019 r. nowe świadczenie gwarantowane „Profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji w genach BRCA1/BRCA2”, biorąc pod uwagę polecenie Ministra Zdrowia, produktem rozliczeniowym dedykowanym m.in. dla przedmiotowego świadczenia gwarantowanego jest grupa JGP *M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego*. W celu retrospektywnego monitorowania ilości wykonanych profilaktycznych zabiegów usunięcia jajników i jajowodów, koniecznym będzie sprawozdanie rozpoznania ICD-10: Z40.0 Chirurgia profilaktyczna czynników ryzyka związanych z nowotworami złośliwymi. Odpowiedniej modyfikacji dokonano w załączniku nr 3a do zarządzenia (Produkty rozliczeniowe dedykowane dla świadczeń, dla których w rozporządzeniu określono dodatkowe warunki ich realizacji).

W katalogu grup (załącznik nr 1a do zarządzenia), dokonano zmiany polegającej na zastąpieniu dotychczas stosowanego znaku „x” liczbą „1”, „2” lub „3”, co oznacza odpowiednio: 1 – możliwość realizacji określonej danej JGP w pierwszym z zakresów wskazanych w kolumnie „zakresy świadczeń”, 2 – możliwość realizacji określonej danej JGP w drugim z zakresów wskazanych w kolumnie „zakresy świadczeń”, 3 – możliwość realizacji określonej JGP we wszystkich zakresach wskazanych w kolumnie „zakresy świadczeń”. Wprowadzona zmiana ma na celu dookreślenia właściwego zakresu realizacji określonej JGP, przy jednoczasowym

zachowaniu dotychczasowego jego kształtu bez konieczności rozbudowy o dodatkowe kolumny.

Pozostałe zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem:

1. W części normatywnej zarządzenia dokonano zmian o charakterze porządkującym, dookreślającym i legislacyjnym:
 - a) w związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756) dokonano zmiany używanego w zarządzeniu określenia „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej”;
 - b) zmiany w zakresie § 12 wynikają z konieczności ujednolicenia stosowanego nazewnictwa (zmiany wprowadzone w katalogu produktów do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia);
 - c) zmiana brzmienia § 14 ust. 2 wynika z wprowadzenia dla świadczeniodawców obowiązku sprawozdawania w raporcie statystycznym szczegółowych czynności wykonywanych w opiece nad pacjentem hospitalizowanym w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, poprzez produkty statystyczne, określone w załączniku nr 4a do zarządzenia. Wprowadzona zmiana ma na celu umożliwienie bieżącej kontroli nad prawidłowością sprawozdawanych do rozliczenia świadczeń udzielonych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Dotychczas kontrola możliwa była wyłącznie w oparciu o indywidualną historię choroby pacjenta (karta punktacji stanu pacjenta w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci);
 - d) zmiana brzmienia § 14 ust. 8 wynika z konieczności umożliwienia świadczeniodawcom rozliczenia świadczenia wysokospecjalistycznego w sytuacji kiedy pacjent przebywał wyłącznie w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Symetrycznie, w katalogu produktów odrębnych, stanowiącym załącznik nr 1 b do zarządzenia, dodano produkt: 5.52.01.0001529 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
 - e) zmiana w § 14 ust. 9 ma charakter legislacyjny;

f) zmiany brzmienia § 17:

- ust. 1 ma na celu dostosowanie do wprowadzonych zmian w sposobie finansowania świadczeń dedykowanych dzieciom; w toku prowadzonych prac pozostawiono współczynnik korygujący dla zakresów: onkologia i hematologia dziecięca i okulistyka dla dzieci (z wyłączeniem JGP: B18G i B19G).
- ust. 4-6 i 8 mają charakter doprecyzowania przedmiotowych przepisów w części dotyczącej wartości grupy JGP odpowiedniej do trybu realizacji umowy;
- ust. 7 zwiększono wartość współczynnika korygującego stosowanego przy rozliczaniu obustronnej operacji zaćmy do 2,0.
- ust. 11 i 12 wprowadza współczynnik korygujący dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci (świadczenia rozliczane grupami z katalogu z sekcji PZ);

g) zmiana brzmienia § 18 ust. 6 wynika ze zmiany wysokości współczynnika korygującego, premiującego świadczeniodawców specjalizujących się w wykonywaniu określonych grup zabiegów dedykowanych pacjentom onkologicznym (dotyczy karty DiLO).

2. Zmiany w pozostałym zakresie, a dotyczące katalogu produktów odrębnych, katalogu produktów do sumowania, katalogu produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych, skali TISS-28, charakterystyki JGP oraz szczegółowego opisu przedmiotu umowy niektórych świadczeń, mają charakter techniczny i porządkujący:

a) w katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b do zarządzenia):

- dodano produkt: 5.52.01.0000036 Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją dedykowany umożliwiający świadczeniodawcom rozliczenie procedury usunięcia portu naczyniowego,
- dodano produkt: 5.52.01.0001529 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (uzasadnienie jak wyżej);

b) w katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia):

- w zakresie produktu 5.53.01.0001499 Całościowa ocena geriatryczna, dookreślono specjalność lekarza uprawnionego do przeprowadzenia COG (lekarz specjalista posiadający specjalizację w dziedzinie geriatrii)

- zgodnie ze Standardem postępowania w opiece geriatrycznej (Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia),
- w zakresie produktu 5.53.01.0001529 Koszt rogówki nie zawarty w kosztach świadczenia, dookreślono konieczność udokumentowania poniesionego przez świadczeniodawcę kosztu rogówki (faktura / rachunek / rachunek wewnętrzny). Wskazano, że produkt nie jest możliwy do rozliczenia kiedy świadczeniodawca otrzymuje rogówkę nieodpłatnie z Banku Tkanek i Komórek,
- w zakresie produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami, dokonano aktualizacji wartości produktów, a to zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2019 r. (Dz. U. poz. 1662),
- na wniosek Ministra Zdrowia, dodano produkt 5.53.01.0001646 Koszt donacji komórek, tkanek lub narządów od dawcy (obywatela obcego kraju) na rzecz polskiego biorcy, umożliwiający rozliczenie kosztów związanych z pobraniem komórek, tkanek lub narządów rzeczywiście poniesionych przez szpital, w którym dokonano czynności związanej z pobraniem. Rozliczenie następuje pomiędzy szpitalem pobierającym, a świadczeniodawcą związanym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- w związku z opublikowanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. poz. 1985), na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dokonano odpowiedniej modyfikacji w zakresie sposobu rozliczania produktów związanych z leczeniem udarów mózgu w oddziale udarowym. W wyniku tych zmian utworzono produkt 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia, dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym, o którym mowa w lp. 2

załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, usuwając jednocześnie koszt leku trombolitycznego zawarty dotychczas w JGP.

- c) w katalogu produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (załącznik nr 3c do zarządzenia) dokonano zmiany oczywistej omyłki w zakresie nowotworów złośliwych trzustki, jako konsekwencja zmian wprowadzonych zarządzeniem Nr 87/2018/DSOZ z dnia 23 sierpnia 2018 r. oraz wprowadzono wybrane rozpoznania onkologiczne: nowotwory złośliwe tarczycy i przytarczyc, nowotwory OUN oraz nowotwory złośliwe gardła i krtani.;
- d) w skali TISS-28 (załącznik nr 4a do zarządzenia) dodanie produktów statystycznych, umożliwiających sprawozdanie w raporcie statystycznym szczegółowych czynności wykonywanych w opiece nad pacjentem hospitalizowanym w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, co pozwoli na monitorowanie przez płatnika prawidłowości rozliczanych osobodni pobytu pacjenta w OAiT. Dodatkowo na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w sekcji 2. Oddychanie dodano pkt b) Wspomaganie oddychania przy użyciu wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej lub CPAP – 3 pkt. Jednocześnie w sekcji 3. Krążenie pkt d) Cewnik tętniczy i e) Cewnik w tętnicy płucnej usunięto warunek alternatywności;
- e) w załączniku nr 10 do zarządzenia (szczegółowy opis przedmiotu umowy niektórych świadczeń), w odniesieniu do produktu: Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym (część V), na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dokonano modyfikacji, polegających na uwzględnianiu aktualnych zaleceń Ekspertów Sekcji Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Światowej Organizacji Zdrowia. Jednocześnie w odniesieniu do produktów B18G Usunięcie zaćmy – kategoria I (część VII) oraz B19G Usunięcie zaćmy – kategoria II (część VIII) dookreślono w sposób jednoznaczny konieczność sprawozdawania przez świadczeniodawców atrybutu „ostrość wzroku” dla produktów związanych z zabiegiem usunięcia zaćmy (5.51.01.0002101, 5.51.01.0002102, 5.52.01.0001526, 5.52.01.0001528) – z zastrzeżeniem że obowiązek ten nie dotyczy świadczeń udzielonych na rzecz dzieci.

W załączniku nr 3b zostały wprowadzone zmiany wynikowe skorelowane z ostatecznym brzmieniem załącznika nr 1a. Jednocześnie dla poprawy czytelności dokonano zmiany jego formatu.

Projekty zarządzenia (z dnia 9 listopada 2018 r. oraz 29 listopada 2018 r.) zmieniającego zarządzenie 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. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), zostały przedstawione do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekty zostały również przedstawione do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W ramach konsultacji do projektu wpłynęło łącznie 307 uwag. W znamienitej większości uwagi odnosiły się do proponowanych zmian w zakresie nowej sekcji PZ Choroby dzieci – leczenie zabiegowe, które w większości uwzględniono.

Odnosząc się do proponowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmian w modelu finansowaniu świadczeń rozliczanych grupami B18G i B19G polegających na korygowaniu współczynnikiem 0,9 w sytuacji kiedy czas hospitalizacji przekraczał jeden dzień, Fundusz uznając zgłoszone uwagi, przesuwa termin wejścia proponowanej zmiany na dzień 1 kwietnia 2019 r. (kolejna zmiana zarządzenia). Zaznaczyć jednak należy, co podkreśla Konsultant Krajowy w dziedzinie okulistyki, że proponowana zmiana ma na celu promowanie efektywnej organizacji udzielania świadczeń ograniczającej bezzasadne przedłużanie hospitalizacji pacjenta.

Nie jest możliwy do oszacowania dokładny wpływ proponowanych zmian w obszarze związanym z leczeniem dzieci na wyliczenie kolejnego ryczału PSZ, jednakże szacuje się że przedmiotowe zmiany wpłyną na zwiększenie liczby realizowanych w ramach ryczału jednostek rozliczeniowych świadczeń dla dzieci o ok. 3,5%, co w przeliczeniu wpłynie na globalne zwiększenie ryczału PSZ dla tych

świadczeniodawców o ok. 65 mln zł w skali roku. Zmiana współczynnika korygującego w przypadku obuocznej operacji zaćmy oraz zmiany w obszarze onkologii, nie wpłyną na globalny budżet płatnika. Fundusz dokona oceny powyższych zmian po uzyskaniu danych obejmujących wykonanie świadczeń w pierwszym półroczu 2019 r. dotyczących zabiegów usunięcia zaćmy, teleradioterapii i zabiegów chirurgicznych na rzecz osób z wybranymi nowotworami.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.