

Uzasadnienie

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne 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.).

Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu 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, która zgodnie z § 29 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów (zachowanie przejrzystości przepisów, a tym samym ułatwienia interesariuszom ich stosowania). W porównaniu do dotychczas obowiązującego zarządzenia niniejszym zarządzeniem przyjęte zostały następujące rozwiązania :

- 1) kontynuując działania Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzące do zwiększenia dostępności i skrócenia czasu oczekiwania do zabiegów usunięcia zaćmy umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń oraz wprowadzono mechanizm finansowy promujący wykonywanie zabiegów zaćm w ciągu jednego dnia;
- 2) dodatkowo, w celu promowania efektywnej organizacji udzielania świadczeń ograniczające bezzasadne przedłużanie hospitalizacji, wprowadzono zmiany w modelu finansowania świadczeń rozliczanych grupami B18G i B19G polegające na korygowaniu rozliczenia ww. JGP współczynnikiem 0,9 w sytuacji kiedy czas hospitalizacji przekroczy jeden dzień, u świadczeniodawców, u których udział hospitalizacji jednodniowych związanych z zabiegiem usunięcia zaćmy jest mniejszy niż 80%;
- 3) kontynuując działania Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzące do wydzielenia odrębnych JGP do rozliczania świadczeń udzielanych dzieciom, poszerzono sekcję PZ w załączniku 1a do zarządzenia o JGP dotyczące rozliczania zabiegów okulistycznych u dzieci;

- 4) umożliwiono rozliczanie nowych świadczeń gwarantowanych: neuromodulacja krzyżowa, keratoprotezowanie rogówki, angioplastyka wieńcowa z użyciem balonu uwalniającym lek, wszczepienie/ wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora;
- 5) poszerzono zakres zabiegów operacyjnych wykonywanych u noworodka możliwych do rozliczenia poprzez produkt 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka z załącznika 1 c do zarządzenia o zabiegach usunięcia zaćmy;
- 6) w celu pozyskania wiarygodnej sprawozdawczości dotyczącej zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową lub endoskopową, która umożliwi prowadzenie efektywnych analiz prowadzących do ewentualnego zróżnicowania wycen zabiegów wykonywanych przedmiotowymi metodami i metodami tradycyjnymi, wprowadzono obowiązek sprawozdawania procedury medycznej: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową / laparoskopową w sytuacji realizacji świadczenia zabiegowego (zabieg diagnostyczny lub leczniczy) z wykorzystaniem endoskopu / laparoskopu;
- 7) w związku z opublikowaniem taryfy przez AOTMiT dotyczącej chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii (HIPEC), wprowadzono odpowiedni produkt rozliczeniowy do katalogu 1b, obejmujący koszt zabiegu, zestawu do chemioterapii dootrzewnowej, cytostatyku oraz hospitalizacji. Jednocześnie usunięto z katalogu 1 c możliwość rozliczenia wyrobu medycznego (zestaw do HIPEC) produktem 5.53.01.0001435;
- 8) w związku z narastającymi kosztami udzielania świadczeń, a w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu, zwiększono wartości punktowe grup JGP dedykowanych dla zakresów: chirurgia ogólna i choroby wewnętrzne o 6 %,za wyjątkiem grup:
- a) F72 operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem,
 - b) F73 operacje przepuklin brzusznych,
 - c) F83 wycięcie wyrostka robaczkowego,
 - d) F93 średnie zabiegi odbytu,
 - e) G25E wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.,
 - f) G25F wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż.,
 - g) H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich,
 - h) J34 leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy,
 - i) Q22 zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne,

- j) Q23 operacje żyłaków z safenektomią,
 - k) Q24 operacje żyłaków bez safenektomii,
 - l) JGP dla których taryfa została określona przez AOTMiT;
 - m) A32E choroby mięśni > 65 r.ż.
 - n) D10E dychawica oskrzelowa > 65 r.ż.
 - o) D37E inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.
 - p) E74E wrodzone wady serca > 65 r.ż.
 - q) F16E choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż.
 - r) F26E choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż.
 - s) F43E średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.
 - t) F58E choroby zapalne jelit > 65 r.ż.
 - u) F86E choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.
 - v) F07E choroby przełyku > 65 r.ż.
 - w) F47E choroby infekcyjne jelit > 65 r.ż.
 - x) G26E choroby dróg żółciowych > 65 r.ż.
 - y) H96CE układowe choroby tkanki łącznej > 65 r.ż.
 - z) K28E wrodzone wady metaboliczne > 65 r.ż.
 - aa)L84E inne choroby nerek > 65 r.ż.
 - bb)S42E zatrucie średnie > 65 r.ż.
 - cc) S55E gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.
 - dd)D46 POCHP i inne obturacyjne choroby płuc
 - ee)L82 ostra niewydolność nerek
 - ff) K39 stopa cukrzycowa
 - gg)D47 zapalenie płuc z pw
 - hh)D48 zapalenie płuc bez pw;
- dla których:
- lit. a-l wartość punktową pozostawiono na dotychczasowym poziomie;
 - lit. m-cc wartość punktową zwiększono o 10 %
 - lit. dd –hh wartość punktową zwiększono o 15 %.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkowy i legislacyjny.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni. W ramach konsultacji 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) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W toku konsultacji społecznych zgłoszono 142 uwagi. W wyniku rozpatrzenia uwag zgłoszonych przez:

1) Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Konsultanta Wojewódzkiego Województwa Pomorskiego w dziedzinie Okulistyki, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Szpital Kliniczny im. Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. do zarządzenia wprowadzono następujące zmiany:

- możliwość rozliczania produktu 5.52.01.0001528 - Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy - w trybie ambulatoryjnym w zakresie skojarzonym: Okulistyka - hospitalizacja B18G i B19G;

- przepis przejściowy stanowiący, że w pierwszym kwartale stosowania współczynnika korygującego przy rozliczaniu grup B18G i B19G, udział hospitalizacji trwających jeden dzień (data wypisu = data przyjęcia) ma wynosić poniżej 60% wszystkich hospitalizacji rozliczanych powyższymi grupami, aby ww. współczynnik znalazł zastosowanie;

2) Warszawski Uniwersytet Medyczny i Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ : do zarządzenia wprowadzono możliwość rozliczania w grupie A11 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe, procedury ICD9 01.322 Przecięcie dróg mózgowych w zakresie otolaryngologia,

3) Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof.. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach do zarządzenia wprowadzono przepis umożliwiający łączne rozliczanie świadczeń udzielanych w ramach umowy leczenia

szpitalne i programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych;

4) Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu umożliwiono rozliczenie produktu rozliczeniowego 5.52.01.0001533 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC), w ramach pakietu leczenia onkologicznego;

5) Wojskowy Instytut Medyczny umożliwiono rozliczenie grup: L06, L09, L16, L17, L72 z współczynnikiem 1,54 w przypadku wykonania zabiegu obustronnego;

6) Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. A. Gucy CMKP w Otwocku umożliwiono rozliczenie grupy PZH14 z współczynnikiem 1,54 w przypadku wykonania zabiegu obustronnego;

7) Szpital Kliniczny im. J. Jonschera w Poznaniu umożliwiono rozliczenie grup: P04 i P30 w zakresie choroby zakaźne dla dzieci;

8) Stowarzyszenie Osób z NTM "UroConti" stworzono nowy produkt rozliczeniowy: Neuromodulacja krzyżowa - etap I - wszczepienie elektrody testowej;

Pozostałe uwzględnione uwagi miały charakter porządkowy. Część zgłoszonych uwag, ze względu na szeroki zakres proponowanych zmian w zarządzeniu przy jednoczesnym braku wystarczającego uzasadnienia, zostało skierowanych do dalszych prac analitycznych.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r., z wyjątkiem załącznika nr 1aa, który wchodzi w życie z mocą od dnia 1 stycznia 2019 r. i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 marca 2019 r.

Szacowany roczny skutek finansowy wprowadzonych zmian przedstawiono w poniższej tabeli:

Przedmiot zmian	szacowany roczny skutek finansowy
zmiana wycen chirurgia ogólna i choroby	546 700 518 zł

wewnętrzne	
Protezowanie rogówki	1 100 000 zł
Neuromodulacja krzyżowa	3 926 600 zł
Angioplastyka DEB	5 228 624 zł
Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)	540 460 zł
Wprowadzenie protezy metalowej do moczowodu lub cewki moczowej	559 691 zł
bezlimitowość zaćma *	122 700 704 zł
redukcja wyceny operacji zaćmy w przypadku hospitalizacji > 1 dnia **	-36 750 000 zł
Ogółem	644 006 597 zł
* założenie, że wykonane będzie w ciągu roku 20% więcej zabiegów zaćmy (średnia cena zaćmy 1960 zł)	
** założenie, że w ciągu roku redukcją wyceny zostanie objęte 5% wszystkich zabiegów zaćmy	