

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.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem, zmieniającym zarządzenie Nr 38/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

1. Wprowadzono w życie obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 9 kwietnia 2019 r. zmienione obwieszczeniem z dnia 18 kwietnia 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:
 - a. modyfikacja wartości produktów rozliczeniowych zgodnie z taryfą;
 - b. w zakresie: Operacje wad serca i aorty piersiowej ≥ 18 lat utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.54.01.0000078 wariant 6a - zabieg na sercu lub aorcie – tętniaki aorty z zastosowaniem wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości mniejszej od zastawki biologicznej aortalnej oraz 5.54.01.0000079 wariant 6b – zabieg na sercu lub aorcie – tętniaki aorty z zastosowaniem wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości większej od zastawki biologicznej aortalnej;
 - c. w zakresie: Przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej zmieniono dotychczasowy sposób rozliczania (rozliczenie za zgodną płatnika na wartość punktową) oraz dodatkowo w katalogu produktów odrębnych utworzono nowe produkty dedykowane rozliczeniu hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego: 5.52.01.0001534 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹³ oraz 5.52.01.0001535 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹³ z powikłaniami chorobami współistniejącymi lub ≥ 80 lat;
 - d. w związku z modyfikacją wartości produktów zgodnie z taryfą usunięto współczynnik korygujący dla świadczeń wysokospecjalistycznych, o którym mowa w § 25;

- e. jednocześnie wyłączono możliwość sumowania procedury 5.53.01.0001475 Diagnostyczne cewnikowanie serca/ biopsja mięśnia sercowego < 18 r.ż. z produktami 5.54.010000062 wariant 1 - przezskórny zabieg naprawczy bez użycia zestawów zamykających oraz ocena bezpośrednia efektu hemodynamicznego i anatomicznego oraz 5.54.01.0000063 wariant 2 - zabieg zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wybranych ubytków międzykomorowych, dużych pozasercowych połączeń naczyniowych u pacjentów z wadami wrodzonymi serca przy użyciu zestawów zamykających;
2. Wprowadzono w życie obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne – przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką identyfikowane produktami rozliczeniowymi: L94, PZL12, L97 oraz replantacja kończyny górnej H40 poprzez modyfikację wartości punktowej;
3. W związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu, zmianie uległa wycena punktowa produktów z katalogu grup (załącznik nr 1a do zarządzenia) oraz wycena produktów z katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b do zarządzenia) związanych z leczeniem długoterminowym gruźlicy, mykobakterioz oraz gruźlicy wielolekoopornej rozliczanych w osobodniach, jak i świadczenia z zakresu transplantologii klinicznej (wzrost o 3%), wycena świadczeń toksykologicznych uległa zmianie o 10%;
4. Dodatkowo w katalogu grup dla grupy S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego umożliwiono sumowanie z produktem z 5.53.01.0001646 Koszt donacji komórek, tkanek lub narządów od dawcy (obywatela obcego kraju) na rzecz polskiego biorcy;
5. Zmiany w pozostałym zakresie, a dotyczące katalogu produktów do sumowania oraz charakterystyki JGP:
- a. dla produktów: 5.53.01.0001502 FFR/IVUS tętnic wieńcowych, 5.53.01.0000502 Wspomaganie krążenia przy użyciu balonu,

- 5.53.01.0005004 Aterektomia wieńcowa - rotablacja dodano możliwość sumowania z grupą E29 Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB);
- b. poszerzono zakres zabiegów wykonywanych u noworodka możliwych do rozliczenia poprzez produkt 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka z załącznika nr 1c do zarządzenia o procedurę 99.293 Wstrzyknięcie rekombinowanych białek;
- c. dla grup PZN01 – PZN04 uzupełniono w charakterystyce procedury ze zlikwidowanej od 1 stycznia 2019 r. grupy N26, a to na wniosek właściwych w sprawie konsultantów krajowych;
- d. dodano nowy produkt rozliczeniowy 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna w szpitalu. Jednocześnie do zarządzenia dodano załącznik nr 10 (załącznik nr 16 do zarządzenia) będący oświadczeniem. Produkt ten jest dedykowany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128);
6. We wzorze umowy (załącznik nr 2c do zarządzenia) usunięto oczywiste omyłki pisarskie;
7. W katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych dla świadczeń, dla których w rozporządzeniu określono dodatkowe warunki ich realizacji (załącznik nr 3a do zarządzenia) dla zakresów: kardiologia – hospitalizacja oraz kardiologia – hospitalizacja planowa dodano dedykowany produkt rozliczeniowy: 5.51.01.0005029 E29 Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB);
8. Kontynuując działania Narodowego Funduszu Zdrowia mające na celu promowanie porodów zakończonych siłami natury zwiększono wartość punktową produktu rozliczeniowego – 5.53.01.0001510 Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w JGP w załączniku nr 1c do zarządzenia;

9. Dodano załącznik nr 3d Katalog produktów dedykowanych dla wybranych JGP udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż. (produkty objęte współczynnikiem korygującym);
10. W katalogu produktów onkologicznych (załącznik nr 3b do zarządzenia) wprowadzono możliwość rozliczenia, we wszystkich zakresach, produktu - 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika w ramach pakietu onkologicznego oraz w zakresie położnictwo i ginekologia – II i III poziom referencyjny dodano produkty: 5.53.01.0005001 Podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych 5.53.01.0005002 Złożone badanie genetyczne w chorobach nowotworowych 5.53.01.0005003 Zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych;
- Pozostałe zmiany mają charakter porządkowy i legislacyjny.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia projektowanych zmian na dzień sporządzenia dokumentu został wyliczony w oparciu o dane dotyczące realizacji świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne w roku 2018.

Skutek finansowy na II półrocze 2019 r. oszacowano na około 389,25 mln zł, co w skali roku daje 778,5 mln zł.

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. 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 ramach konsultacji do projektu zarządzenia wpłynęło łącznie 320 uwag od 55 podmiotów. Zgłoszone uwagi w głównej mierze dotyczyły zbyt niskiej wyceny produktów rozliczeniowych z katalogu 1a, pominięcia w zwiększeniu wyceny produktów z katalogów 1b, 1c, 1d oraz 1ts. Zgłoszone uwagi odnosiły się także do taryf wysokospecjalistycznych w zakresie kardiochirurgii dla dzieci i dorosłych

i uchylenia §25 przedmiotowego zarządzenia, czyli usunięcia współczynnika korygującego dla świadczeń wysokospecjalistycznych. Pozostałe uwagi wymagają dodatkowych prac analitycznych lub nie dotyczyły przedmiotu konsultowanych zmian.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem § 1: pkt 3, pkt 5 w zakresie dotyczącym lp. 135 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia i pkt 11, które wchodzi w życie z dniem 3 lipca 2019 r. oraz pkt 7, który wchodzi w życie z mocą od dnia 1 kwietnia 2019 r.