

## 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, zmienione zarządzeniem Nr 95/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 maja 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 132/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r., wprowadza następujące zmiany w stosunku do obowiązującego stanu prawnego:

1. w załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) – lp. 25 i 26 załącznika nr 5 (Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji) oraz w związku ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia (pismo znak: DLG.741.33.2021.WN) wprowadzono możliwość rozliczenia badań rezonansu magnetycznego piersi (RM piersi) w zakresie *Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)*, w sytuacji gdy istnieją wskazania medyczne do jego wykonania. Dotychczas badanie było możliwe do rozliczenia w populacji chorych z mutacją BRCA1/BRCA2.

Ponadto w załączniku 1on wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy *Pobyt diagnostyczny – kod 5.60.01.0000015*, możliwy do rozliczenia w ramach *Kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)* łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym z katalogu produktów do sumowania, określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Wprowadzone rozwiązanie umożliwia rozliczenie hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego. Nie dopuszcza się rozliczania produktu 5.60.01.0000015 *Pobyt diagnostyczny* łącznie z kosztochłonnym

badaniem diagnostycznym, z wyjątkiem sytuacji medycznych uzasadniających przeprowadzenie postępowania diagnostycznego w trybie hospitalizacji. Wdrożona zmiana jest zgodna z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 542), które przewidują możliwość wykonywania diagnostyki i monitorowania leczenia w *Kompleksowej opiece onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)* w trybie hospitalizacji. Jednocześnie usunięto produkt rozliczeniowy *Pobyt diagnostyczny - w trybie ambulatoryjnym*.

Na zasadzie symetryzacji zmianie uległy odpowiednio przepisy § 18 pkt 13 zarządzenia.

Ponadto z załącznika 1on usunięto produkt rozliczeniowy 5.53.01.0000035 *Implantacja portu naczyniowego*. Ww. świadczenie z załącznika 1c, realizowane w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych, będzie podlegało rozliczeniu na jednolitych zasadach obowiązujących w rodzaju leczenie szpitalne.

2. W załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) dokonano zmiany technicznej kodów zakresów świadczeń. Od dnia 1 stycznia 2022 r. dla dotychczasowych zakresów świadczeń:

- Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) – kod zakresu 03.4240.020.02 oraz
- Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) – kod zakresu 03.4240.021.02

będą obowiązywały odpowiednio kody zakresów: 03.4240.010.02 oraz 03.4240.011.02.

Nowe kody zakresów świadczeń zostały uwzględnione na zasadzie symetryzacji w załączniku 1on (załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia) oraz w załączniku nr 3 – określającym szczegółowy opis przedmiotu umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe (załącznik nr 4 do niniejszego zarządzenia).

3. Dokonano technicznych zmian w załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) polegających na usunięciu jako produktów rozliczeniowych dedykowanych poszczególnym zakresom

świadczeń pozycji określonych w kolumnie 6 – katalog produktów odrębnych oraz w kolumnie 8 – katalog radioterapii. Produkty rozliczeniowe z ww. katalogów dedykowane do realizacji w ramach kompleksowych świadczeń onkologicznych zostały zaimplementowane do katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego załącznik nr 1on i wobec powyższego nie ma konieczności ich wyodrębniania. Jednocześnie dodano w kolumnie 7, jako produkty rozliczeniowe dedykowane poszczególnym zakresom, świadczenia z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

Zaktualizowano użytą w załączniku nr 2 nazwę katalogu 1on – katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych.

4. Dodano nowy przepis określający, że do rozliczania onkologicznych świadczeń kompleksowych, w odniesieniu do produktów rozliczeniowych z załącznika 1on, ma zastosowanie współczynnik korygujący o wartości 1,05. Przedmiotowe działania stanowią kontynuację zmian w finansowaniu kompleksowych świadczeń onkologicznych. Przyjęte rozwiązanie ma na celu premiowanie jakości oraz kompleksowości udzielanych świadczeń oraz jest zgodne z wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w piśmie z dnia 29 listopada 2021 r. znak: DLG.736.1.2021.GK.

W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiło 5 podmiotów. Uwzględniono te, które miały na celu zachowanie spójności przepisów z zarządzeniem Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne (z późn. zm.). W ostatecznym kształcie zarządzenia nie uwzględniono uwag, które nie dotyczyły przedmiotu opiniowanego projektu. Niektóre z uwag odnoszą się do kwestii merytorycznych, które wymagają analiz i dalszych prac.

Przedmiotowe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r., z wyjątkiem przepisów, o których mowa w:

- § 1 pkt 3 lit. a, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. oraz

- § 1 pkt 3 lit. b i pkt 4, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 3 lit. b oraz pkt 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.