

Nazwa projektu: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.	Data sporządzenia: 22 sierpnia 2017 r.
Komórka odpowiedzialna za projekt: Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt zarządzenia, zmieniającego zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wprowadza:

1) nowe taryfy w przypadku niektórych świadczeń – w związku z opublikowaniem w dniu 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r. obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 października 2017 r.

2) w zakresach świadczeń: kardiochirurgia, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca - zakresy skojarzone dla świadczeń dedykowanych pacjentom leczonym z powodu ostrego zawału serca (obejmującego pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką) i z hemofilią oraz pokrewnymi skazami krwotocznymi w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia hemofilii;

3) przepis regulujący kwestie finansowania świadczeń w zakresach skojarzonych – w świetle tej regulacji kwota zobowiązania przeznaczana na realizację świadczeń w zakresach skojarzonych będzie obejmowała również świadczenia finansowane w ramach produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z właściwymi grupami wymienionymi w tych zakresach, określonych;

4) współczynnik korygujący mający na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń dla grupy świadczeniodawców, udzielających świadczeń w zakresie chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny;

5) produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczania kosztów leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej – wprowadzenie wynika z regulacji wprowadzonych ustawą z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200), oraz kosztów wyrobów medycznych wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka;

6) możliwość rozliczania produktu o kodzie nr 5.53.01.0001499 *Całościowa ocena geriatryczna* we wszystkich zakresach świadczeń, z wyjątkiem zakresów dedykowanych dzieciom (o profilu pediatrycznym) oraz położniczo – ginekologicznym - wprowadzenie ma na celu zachowanie spójności z przepisami § 6a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;

7) modyfikację opisu dotyczącego całościowej oceny geriatrycznej oraz „Karty całościowej oceny geriatrycznej” - przedmiotowa modyfikacja polegająca na uszczegółowieniu zakresu realizacji oceny geriatrycznej w ramach porady konsultacyjnej przeprowadzanej przez lekarza geriatrę i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny wynika ze stanowiska Ministra Zdrowia oraz zaleceń i standardów postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r. opracowanych przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia;

8) w charakterystyce JGP, dla zachowania symetrii świadczeń realizowanych w zakresie kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego oraz w zakresie specjalistycznych świadczeń kardiologicznych w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń, z grup E10, E11, E12G, E15 z listy rozpoznań usunięto rozpoznania wg ICD-10 I20.0 Dusznica niestabilna i I20.1 Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych. Zabiegi w tym wskazaniu rozliczane będą w ramach angioplastyk naczyń wieńcowych; w obecnym stanie prawnym pozostawienie rozpoznań I20.0 i I20.1 w dotychczasowych charakterystykach grup (nie limitowych) dla szpitali poza siecią, spowoduje nierówność podmiotów;

9) modyfikację w zakresie oceny stanu pacjenta według skali TISS – 28 polegającą na rozszerzeniu katalogu elementarnych czynności wykonywanych na rzecz pacjenta hospitalizowanego w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych oraz w zakresie innych pojedynczych interwencji); możliwość rozliczenia kosztu jednorazowego zestawu do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego produktem z katalogu świadczeń do sumowania (5.53.01.0001435 Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia).

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Przewidziane w projekcie zarządzenia rozwiązania w zakresie wprowadzenia współczynnika korygującego oraz produktu rozliczeniowego dedykowanego do rozliczania kosztów leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, powinny przyczynić się do poprawy dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosowanie zmodyfikowanej wersji Karty całościowej oceny geriatrycznej do przeprowadzania oceny problemów zdrowotnych u pacjenta geriatrycznego, wpłynie na właściwe kwalifikowanie pacjenta do grupy znacząco zagrożonej pogorszeniem sprawności funkcjonowania.

3. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą realizujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, oraz ubiegające się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne.	Liczba podmiotów leczniczych na dzień sporządzenia OSR niemożliwa do określenia. Potencjalnie wszystkie podmioty lecznicze realizujące obecnie umowy w zakresach szpitalnych.	System informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia.	Zmiana poziomu finansowania świadczeń w typie umowy hospitalizacja.
2. Centrala NFZ i OW NFZ.			Implementacja postanowień zarządzenia do aplikacji informatycznych obsługujących proces zawierania/aneksowania umów oraz proces rozliczeń. Organizacja i przeprowadzenie procesu zmiany umów

3. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

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. 2016 r., poz. 1146), podlegał konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni.

W wyniku konsultacji 32 podmioty zgłosiły łącznie 72 uwagi, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów wpłynęło 4 opinie – od konsultantów krajowych w dziedzinie kardiologii i chirurgii naczyniowej (3 opinie) i Naczelnej Rady Lekarskiej (1 opinia). W zarządzeniu uwzględnione zostały uwagi odnoszące się do:

- 1) wyłączenia z finansowania z zastosowaniem współczynnika korygującego operacji żyłaków kończyn dolnych realizowanych w ramach JGP: Q22, Q23, Q24;
- 2) rozszerzenia wykazu opatrunków dedykowanych dla pacjentów z rozpoznaniem epidermolysis bullosa o opatrunki UrgoTul ora UrgoTul Ag i ograniczenia listy rozpoznań dla których winny być zabezpieczone opatrunki do: Q81.1, Q81.2 oraz Q81.8;

- 3) umożliwienia rozliczenia grup S13, S14 w zakresie onkologia i hematologia dziecięca;
- 4) rozszerzenia w zakresie oceny stanu pacjenta według skali TISS – 28 katalogu elementarnych czynności wykonywanych na rzecz pacjenta hospitalizowanego w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych oraz w zakresie innych pojedynczych interwencji); dodania możliwości rozliczania kosztu jednorazowego zestawu do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego produktem z katalogu świadczeń do sumowania.

4. Skutki finansowe

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia dla niektórych świadczeń taryf świadczeń opublikowanych w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z rodzaju: leczenie szpitalne, oraz z wprowadzenia pozostałych zmian, szacowany jest w skali IV kwartału, na około ok. 7 mln PLN.

5. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) lp. 69 załącznika nr 2 do niniejszego zarządzenia;
 - 2) lp. 80 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia
- które wchodzi w życie z mocą od dnia 23 lipca 2017 r.

Wejście w życie postanowień określonych w lp. 69 i lp. 80 ww. załączników z mocą wsteczną jest konsekwencją wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200), w części ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

6. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy.