

Uzasadnienie

Projekt zarządzenia 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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

W stosunku do obecnie obowiązującego zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (z późn. zm.), które z dniem 31 grudnia 2017 r. straci moc, wprowadzono zmiany związane między innymi z rozliczaniem świadczeń *„Leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci”*, polegające na udostępnieniu świadczeniodawcom posiadającym status centrum urazowego dla dzieci, do realizacji i rozliczania świadczeń związanych z leczeniem wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci, nowoutworzonych grup JGP T11 – T16 dedykowanych urazom dziecięcym.

Ponadto, zgodnie z art. 146 ust. 6 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaimplementowano w katalogu grup nowe taryfy dla świadczeń z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu – w związku opublikowaniem w dniu 3 listopada br. 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 stycznia 2018 r.

Zgodnie z przyjętymi przez AOTMiT założeniami do wyceny świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne i rekomendacjami dokonano wydzielenia nowych grup dla świadczeń artrotomii (nowa grupa H80 *„Artrotomia w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej”*) oraz przeszczepów skóry (nowa grupa J31 *„Zabiegi związane z przeszczepami skóry”*). W związku z tym usunięto grupę H66 oraz wprowadzono zmiany w charakterystykach JGP: J32, H83, polegające na przeniesieniu właściwych procedur medycznych do wyodrębnionych grup.

W zarządzeniu dokonano również zmian mających na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1565) - wprowadzono produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczenia nowych świadczeń gwarantowanych: replantacja kończyny górnej, leczenie melfalanem podanym dotętniczo we wskazaniu nowotwór złośliwy oka, podanie immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej.

Dodatkowo, w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

- 1) uwzględniając wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii
 - w katalogu JGP - w grupach z sekcji P (Choroby dzieci) – dla hospitalizacji < 3 dni wprowadzono wartość punktową na poziomie 65% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 50% dla hospitalizacji < 3 dni),
 - w grupie *C13 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż.* dla typu umowy hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia* wprowadzono jednakową taryfę świadczenia;
- 2) w katalogu produktów odrębnych - utworzono nowy statystyczny produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.52.01.0001511 *Badanie genetyczne materiału archiwalnego*, umożliwiający rozliczanie wykonanych ponownie badań genetycznych z katalogu produktów do sumowania, z zastrzeżeniem, że rozliczanie badań tym produktem możliwe będzie w przypadku modyfikacji ustalonego leczenia przy jednoczesnej konieczności sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań;
- 3) na wniosek środowiska onkologów wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.51.01.0017017 Z01 *Kompleksowa diagnostyka onkologiczna* dedykowany do rozliczania szeregu badań diagnostycznych, które ze względu na specyfikę i konieczność zastosowania m.in. znieczulenia nie mogą być wykonywane w ramach pakietów diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym. Zmiana ma na celu poprawę kompleksowości udzielanych świadczeń oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskanie diagnostyki w ramach „szybkiej ścieżki onkologicznej” zgodnie z zasadami postępowania diagnostyczno – terapeutycznego nowotworów złośliwych. Po przeanalizowaniu kosztów przekazanych w toku konsultacji zwiększono wartość punktową grupy Z01 do poziomu 3 222;

- 4) na wniosek nadzoru krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej wyodrębniono z grupy L92 – ESWL grupę L92A ESWL < 18 r.ż. dedykowaną do realizacji w zakresach: chirurgia dziecięca i urologia dziecięca oraz wprowadzono nową grupę diagnostyczno-zabiegową dla dzieci w przedmiotowych zakresach: L105 Procedury diagnostyczne zabiegowe w zakresie układu moczowo – płciowego < 18 r.ż.;
- 5) w załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS-28, dokonano modyfikacji mających charakter porządkowy i dookreślający składowe podlegające ocenie w przedmiotowej skali. Zmiany wynikają przede wszystkim z aktualnej wiedzy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym z obecnie stosowanych technik / metod leczenia;
- 6) w charakterystyce JGP:
 - dodano charakterystyki nowych grup: T11 – T16 dedykowanych centrom urazowym dla dzieci,
 - dodano charakterystyki grup: H80 Artrotomia w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej i J31 Zabiegi związane z przeszczepami skóry,oraz w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, dokonano zmian polegających m.in. na:
 - wprowadzaniu w grupie E72 warunku dotyczącego wskazania rozpoznania zasadniczego z listy E72,
 - uporządkowaniu w grupach: S11, S12, S13, S15, S16 warunków zgodnie z wytycznymi otrzymanymi z AOTMiT,
 - przeniesieniu z grupy H19 procedury 00.852 do listy dodatkowej H3R.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia dla niektórych świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu taryf opublikowanych w obwieszczeniach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 3 listopada 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w z rodzaju: leczenie szpitalne, szacowany jest w skali roku na ok. 145 mln zł. Natomiast skutek wynikający z wprowadzenia nowych produktów do rozliczania świadczeń „*Leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci*”, jest trudny do oszacowania, z uwagi na brak szczegółowych informacji o liczbie podmiotów leczniczych spełniających na dzień 1 stycznia 2018 r. warunki wymagane do realizacji tych świadczeń.

Wejście w życie pozostałych regulacji nie wpłynie zasadniczo na zwiększenie kosztów finansowania świadczeń.

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), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych.

W ramach konsultacji publicznych 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), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.

W trakcie konsultacji wpłynęło ogółem 262 uwagi, w tym od konsultantów krajowych i wojewódzkich 20 uwag, od organizacji reprezentatywnych 2 uwagi oraz od pozostałych podmiotów 224 uwagi.

Zgłoszone uwagi i opinie w znamienitej większości odnosiły się do:

- nowoutworzonej w katalogu grup – grupy Z01 (Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej Stowarzyszenie, Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu), które częściowo uwzględniono;
- produktu rozliczeniowego z katalogu produktów odrębnych: *Badanie genetyczne materiału archiwalnego* (Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób płuc, Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, MSD Polska, Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej Stowarzyszenie, Magodent Sp. z o.o., Wielkopolskie Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych, Dolnośląskie Centrum Onkologii, SP Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie), które częściowo uwzględniono;
- charakterystyk nowych grup z sekcji „T”: T11 – T16 dedykowanych centrom urazowym dla dzieci (Gómośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), które uwzględniono;

- załącznika dotyczącego oceny stanu pacjenta według skali TISS-28 (Konsultant Krajowy w dziedzinie intensywnej terapii), które częściowo uwzględniono.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia, wprowadzono możliwość rozliczania świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, w każdym okresie sprawozdawczym przez produkt statystyczny o kodzie: 5.52.01.0001512 *Rozliczenie świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii po okresie sprawozdawczym*.

Pozostałe uwagi i wnioskowane propozycje zmian odnosiły się do charakterystyk grup z sekcji „C” (Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu). Z uwagi na konieczność dokonania szczegółowej analizy, w tym w zakresie ewentualnej zmiany taryf nie zostały uwzględnione - przekazano do dalszych prac analitycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.