**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 zabiegi 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:

1. F72 operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem,
2. F73 operacje przepuklin brzusznych,
3. F83 wycięcie wyrostka robaczkowego,
4. F93 średnie zabiegi odbytu,
5. G25E wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż.,
6. G25F wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż,
7. H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich,
8. J34 leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy,
9. Q22 zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne,
10. Q23 operacje żylaków z safenektomią,
11. Q24 operacje żylaków bez safenektomii,
12. JGP dla których taryfa została określona przez AOTMiT;
13. A32E choroby mięśni > 65 r.ż.
14. D10E dychawica oskrzelowa > 65 r.ż.
15. D37E inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż.
16. E74E wrodzone wady serca > 65 r.ż.
17. F16E choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż.
18. F26E choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż
19. F43E średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.
20. F58E choroby zapalne jelit > 65 r.ż
21. F86E choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.
22. F07E choroby przełyku > 65 r.ż.
23. F47E choroby infekcyjne jelit > 65 r.ż.
24. G26E choroby dróg żółciowych > 65 r.ż.
25. H96CE układowe choroby tkanki łącznej > 65 r.ż.
26. K28E wrodzone wady metaboliczne > 65 r.ż.
27. L84E inne choroby nerek > 65 r.ż.
28. S42E zatrucie średnie > 65 r.ż.
29. S55E gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż.
30. D46 POCHP i inne obturacyjne choroby płuc
31. L82 ostra niewydolność nerek
32. K39 stopa cukrzycowa
33. D47 zapalenie płuc z pw
34. 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 leczenie 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 brakiem 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 wewnętrzne | 546 700 518 zł |
| 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 |
| redukacja 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 | |