

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi realizację 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 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem do zarządzenia Nr 75/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w programach lekowych, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 88), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji, a także z konieczności wprowadzenia innych zmian merytorycznych.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą:

- 1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:
 - a) zmianie opisu świadczenia 5.08.07.0000026 z:
 - „- rozliczane raz na 3 miesiące (+/- 7 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce;
 - w okresie 3 miesięcy od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004;
 - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e”
 - na:
 - „- rozliczane raz na 3 miesiące (-14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce;

- w okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004;
 - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e”, na podstawie uwag Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;
- b) zmianie nazwy świadczenia 03.0000.332.02 z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC)” na „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,
 - c) zmianie nazwy świadczenia 03.0000.346.02 z „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego” na „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w refundacyjnym,
 - d) zmianie nazwy świadczenia 03.0000.403.02 z „Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,
 - e) usunięciu kodu zakresu 03.0000.500.02 – „Przedoperacyjne leczenie raka piersi pertuzumabem i trastuzumabem” w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
- 2) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę i polegają na:
 - a) zmianie nazwy świadczenia 5.08.08.0000053 „Diagnostyka w programie leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego” na „Diagnostyka w programie leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia

rozszianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozszianego”,

- b) zmianie nazwy świadczenia 5.08.08.0000127 „Diagnostyka w programie przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem – 1 rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 1 rok terapii”,
- c) zmianie nazwy świadczenia 5.08.08.0000128 „Diagnostyka w programie przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem – 2 i kolejny rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 2 i kolejny rok terapii”,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

5) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych obowiązującego do dnia 31 grudnia 2019 r. i polegają na:

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000022 - Factor VIII coagulationis humanus – GTIN: 05909991213695, 05909991213688,
- 5.08.09.0000025 – Gefitinibum – GTIN: 07613421021696,
- 5.08.09.0000054 – Rituximabum – GTIN: 07613421032975, 07613421032982,
- 5.08.09.0000105 – Nitisinonum – GTIN: 07350031442182, 07350031442267, 07350031441833, 07350031442229,
- 5.08.09.0000132 – Mepolizumabum – GTIN: 05909991407148, 05909991407018,
- 5.08.09.0000162 – Karfilzomib – GTIN: 05909991298463,

b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:

- 5.08.09.0000011 – Cinacalcetum – GTIN: 05909991270599, 05909991270636, 05909991270674,
- 5.08.09.0000041 – Lamivudinum – GTIN: 05909991259907,
- 5.08.09.0000060 - Tenofoviri disoproxilum – GTIN: 05909991141349,
- 5.08.09.0000066 – Treprostynilum – GTIN: 05909990046874,

- 5.08.09.0000083 - Abirateroni acetat – GTIN: 05909990896363,
- 5.08.09.0000158 – Venetoclaxum – GTIN: 08054083013732, 08054083013725,

c) dodaniu kodów:

- 5.08.09.0000170 – Benralizumabum – GTIN: 05000456031516,
- 5.08.09.0000171 – Cladribinum – GTIN: 04054839365331, 04054839365348, 04054839365355,
- 5.08.09.0000172 – Evolocumabum – GTIN: 05909991224363, 05909991224370,
- 5.08.09.0000173 – Ocrelizumabum – GTIN: 05902768001174,
- 5.08.09.0000174 – Trifluridinum, tipiracilum – GTIN: 05901571320618, 05901571320625, 05901571320632, 05901571320649,

d) usunięciu kodu 5.08.09.0000106 – Sofosbuvirum – GTIN: 05391507140975

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

6) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych obowiązującego od dnia 1 stycznia 2020 r. i polegają na przeniesienie kodu GTIN: 05909990643950 z produktu rozliczeniowego 5.08.09.0000062 Toxinum botulinicum typum A ad iniectionem a 100 do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000175. Rozdzielenie kodu substancji czynnej produktów toksyny botulinowej typu A po 100j umożliwi lepszą weryfikację prawidłowości zastosowania, sprawozdania i rozliczenia leku;

7) załączników nr 1 – 4 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – programy lekowe i polegają na zniesieniu obowiązku stosowania pieczęci lub pieczętek, dopuszczając możliwość stosowania innych form identyfikacji w związku z wejściem w życie w dniu 7 września 2019 r. ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590), która wprowadziła zmianę w zakresie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) w szczególności w zakresie stosowania ułatwień obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej.

8) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na:

- a) usunięciu wymagań dla programu B.9a - „Przedoperacyjne leczenie raka piersi pertuzumabem i trastuzumabem”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,
 - b) zmianie nazwy programu B.46 na „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,
 - c) zmianie nazwy programu B.103 na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,
 - d) zmianie wymagań dla programu lekowego B.46 - Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,
 - e) dodaniu kodu resortowego 4020 – oddział diabetologiczny w programach lekowych:
 - B.21 - Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii,
 - B.22 - Leczenie choroby Pompego,
 - B.23 - Leczenie choroby Gaucher'a,
 - B.24 - Leczenie choroby Hurler,
 - B.25 - Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera),
 - B.26 - Leczenie mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteaux – Lamy)
 - B.60 - Leczenie choroby Gaucher'a typu I,
- w związku z wnioskiem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

9) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:

- a) zmianie nazwy programu B.103 z „Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem”,
- b) usunięciu programu B.9a – „Przedoperacyjne leczenie raka piersi pertuzumabem i trastuzumabem”,
- c) dodaniu substancji czynnej triflurydyna + typiracyl w programie lekowym „Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego”,
- d) w programie lekowym leczenia choroby Leśniowskiego – Crohna:
 - zmianie nazwy programu B.32 z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC)” na „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna”,
 - dodaniu substancji czynnej wedolizumab,
 - usunięciu numeru załącznika B.32a w kolumnie 3 – numer załącznika z obwieszczenia MZ,
- e) w programie lekowym leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej:
 - dodaniu substancji czynnej benralizumab,
 - dodaniu rozpoznania J82 w kolumnie 4 – rozpoznanie kliniczne ICD-10,
- f) w programie lekowym leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego:
 - zmianie nazwy programu B.46 z „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego” na „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego”,
 - dodaniu substancji czynnych okrelizumab, kladrybina,
- g) dodaniu substancji czynnej ewolokumab w programie lekowym „Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej”,

- h) usunięciu substancji czynnej sofosbuvir w programie lekowym „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową”,
- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
- 10) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych i polegają na:
- a) obniżeniu progu kosztowego rozliczenia substancji czynnej glatirameri acetat (moc 40 mg/ml) z 2,9167 zł/mg na 1,8750 zł/mg,
 - b) podniesieniu wysokości współczynnika korygującego dla substancji czynnej glatirameri acetat (moc 40 mg/ml) dla świadczeń:
 - 5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu,
 - 5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci,
 - 5.08.07.0000003 hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu,
 - 5.08.07.0000004 przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu,
 - 5.08.07.0000026 przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu
- do wartości 1,8, zgodnie z uwagą Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;
- 11) załącznika nr 14 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikację jego skuteczności i polegają na:
- a) wykreśleniu części 2 i kolejnych oraz pozostawienie wyłącznie części pierwszej – charakterystyka świadczenia, w związku z dostosowaniem odpowiedniego modułu SMPT do przyjmowania i rozpatrywania wniosków o kwalifikację do leczenia i do monitorowania terapii, zgodnie z uwagami Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia zaburzeń ruchowych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona i Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,

- b) zniesieniu obowiązku stosowania pieczęci lub pieczętek, dopuszczając możliwość stosowania innych form identyfikacji w związku z wejściem w życie w dniu 7 września 2019 r. ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590), która wprowadziła zmianę w zakresie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) w szczególności w zakresie stosowania ułatwień obiegu dokumentacji, w tym ich elektroniczacji;
- 12) załącznika nr 20 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem oraz weryfikację jego skuteczności i polegają na wykreśleniu części 2 i kolejnych oraz pozostawienie wyłącznie części pierwszej – charakterystyka świadczenia, w związku z dostosowaniem odpowiedniego modułu SMPT do przyjmowania i rozpatrywania wniosków o kwalifikację do leczenia i do monitorowania terapii;
- 13) załączników:
- a) nr 6 do zarządzenia, określającego Kartę wydania leku,
 - b) nr 7 do zarządzenia, określającego Kartę włączenia świadczeniobiorcy do programu lekowego,
 - c) nr 9 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrarazadkich oraz weryfikację jego skuteczności,
 - d) nr 12 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) oraz weryfikację jego skuteczności,
 - e) nr 15 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu-1 oraz weryfikację jego skuteczności,
 - f) nr 21 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia

zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa oraz weryfikację jego efektów, i polegają na zniesieniu obowiązku stosowania pieczęci lub pieczętek, dopuszczając możliwość stosowania innych form identyfikacji w związku z wejściem w życie w dniu 7 września 2019 r. ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590), która wprowadziła zmianę w zakresie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) w szczególności w zakresie stosowania ułatwień obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej.

Oznaczenie momentu wejścia w życie przedmiotowego aktu prawnego w sposób wskazany w § 4 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.

Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2019 r.

Załącznik nr 1m do zarządzenia, określony w § 1 pkt 3 lit. a do niniejszego zarządzenia obowiązuje do dnia 31 grudnia 2019 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania z wyjątkiem:

- 1) załącznika nr 1 m do zarządzenia, określonego w § 1 pkt 3 lit. b do niniejszego zarządzenia,
- 2) załączników nr 1 - 4 do umowy, określonych w § 1 pkt 4 do niniejszego zarządzenia,
- 3) załącznika nr 5 do zarządzenia, określonego w § 1 pkt 7 do niniejszego zarządzenia,

które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy

o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

W dniach od 31 października do 14 listopada 2019 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu lekowego.

W trakcie konsultacji, do projektu zarządzenia odniosło się 14 podmiotów (w tym 3 oddziały wojewódzkie NFZ), z czego 5 nie zgłosiło uwag. Wśród zgłoszonych uwag 11 wymaga dalszych analiz, konsultacji oraz rozważenia wprowadzenia przy tworzeniu kolejnego projektu zarządzenia.

Najważniejsze uwzględnione dotyczą:

- 1) załącznika nr 1k – Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe i polegają na zmianie opisu świadczenia:

„- rozliczane raz na 3 miesiące (+/- 7 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce;

- w okresie 3 miesięcy od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004;

- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e”

na:

„- rozliczane raz na 3 miesiące (-14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce;

- w okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004;

- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e”, na podstawie uwag Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;

- 2) załącznika nr 1m do zarządzenia – Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na zmianie nazw substancji Trifluridyna, tipiracil na łacińskie Trifluridinum, tipiracilum oraz Benralizumab na Benralizumabum, zgodnie z uwagą Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;

- 3) Załącznika nr 4 do zarządzenia - Wykaz programów lekowych i polegają na zmianie nazw substancji czynnych z trifluridinum + tipiracilum na triflurydyna + typiracyl oraz z ledipaswir, sofosbuwir na ledipaswir + sofosbuwir, zgodnie z uwagą Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;
- 4) załącznika nr 5 do zarządzenia – katalog współczynników i polegają na:
- a) obniżeniu progu kosztowego rozliczenia substancji czynnej glatirameri acetat (moc 40 mg/ml) z 2,9167 zł/mg na 1,8750 zł/mg,
 - b) podniesieniu wysokości współczynnika korygującego dla substancji czynnej glatirameri acetat (moc 40 mg/ml) dla świadczeń:
 - 5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu,
 - 5.08.07.0000003 hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu,
 - 5.08.07.0000004 przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu,
 - 5.08.07.0000026 przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu
- do wartości 1,8, zgodnie z uwagą Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;
- 5) załącznika nr 14 do zarządzenia - Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikację jego skuteczności i polegają na wykreśleniu części 2 i kolejnych oraz pozostawienie wyłącznie części pierwszej – charakterystyka świadczenia, w związku z dostosowaniem odpowiedniego modułu SMPT do przyjmowania i rozpatrywania wniosków o kwalifikację do leczenia i do monitorowania terapii, zgodnie z uwagami Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia zaburzeń ruchowych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona i Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.