

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, stanowi wykonanie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 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.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zgodnie z ww. upoważnieniem Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia został zobowiązany do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zmiany w zarządzeniu polegają na wprowadzeniu nowych taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorych ze śpiączką (ICD-10 R40.2) ustaloną w obwieszczeniu z dnia 31 maja 2021 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Ponadto, w zakresie § 16 dodano ust. 4 oraz w § 17 dodano przepis ust. 1a, które są powiązane z realizacją nowo określonych produktów rozliczeniowych w zakresie udzielania świadczeń w programie leczenia dzieci ze śpiączką oraz leczenia dorosłych chorych ze śpiączką i wynikają z projektu taryfy określonej w raporcie AOTMiT. Powyższa zmiana nadała nowe brzmienie załącznikowi nr 1n do zarządzenia.

Skutek finansowy dla ww. zmian będzie powodował wzrost wydatków po stronie publicznego płatnika w wysokości około 4,4 mln zł do 5,3 mln zł.

Ponadto, zgodnie z § 1 pkt 1 lit. b nadano nowe brzmienie przepisowi § 12 ust. 14 zarządzenia oraz uchylono w § 13 przepis ust. 1, który odnosił się do składania przez świadczeniobiorców podpisów w dokumentacji medycznej jako potwierdzenia realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych, z uwagi, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, obliguje podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Coraz częstsze występowanie elektronicznej dokumentacji medycznej, dla której uchylane przepisy nie przewidują rozwiązań w zakresie sposobu potwierdzenia realizacji zabiegów oraz uruchomienie dodatkowych funkcjonalności informatycznych (Internetowe Konto Pacjenta), dają możliwość weryfikacji rozliczonych świadczeń ze stanem faktycznym.

Natomiast, zgodnie z zaproponowanym brzmieniem § 12 ust. 14, pozostawiono złożenie podpisu przez świadczeniobiorcę lub opiekuna prawnego lub faktycznego w ramach realizacji fizjoterapii domowej. Ze względu na charakter świadczenia, realizowany poza miejscem udzielania świadczeń, podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna jest dla płatnika jedynym potwierdzeniem odbytego świadczenia. Poza podmiotem leczniczym nie ma bowiem instrumentów weryfikujących wykonane procedury. Rehabilitacja domowa nie zawsze prowadzona jest w trybie ciągłych spotkań dzień po dniu i również ze względu na ten aspekt zachowano możliwość weryfikowania tego rodzaju świadczeń.

Niniejszym zarządzeniem nadaje się także nowe brzmienie § 12 ust. 9, w którym dokonuje się modyfikacji w zakresie realizowania wizyty fizjoterapeutycznej zarówno na początku jak i na końcu cyklu zabiegów. Zmiana ta ma kluczowe znaczenie w aspekcie monitorowania efektów prowadzonej terapii.

Informacja o sposobie i efektach cyklu zabiegów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej jest przekazywana lekarzowi wystawiającemu skierowanie na cykl zabiegów. Bez przeprowadzenia wizyty fizjoterapeutycznej określającej stan funkcjonalny początkowy pacjenta przed rozpoczynającym się procesem rehabilitacyjnym trudno przekazać informację o efektach prowadzonej terapii, jak również monitorować postęp rehabilitacyjny.

Dokonano również zmiany w § 20 ust. 12 i 15, w których doprecyzowano czas dany świadczeniodawcy na złożenie wniosku przez użycie sformułowania „w terminie 7 dni roboczych”. Zmiana ta jest spójna z zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych.

W wyniku zgłoszonych uwag nadano nowe brzmienie opisu kodu grupy ROO w załączniku nr 3 do zarządzenia, w celu jednoznacznej interpretacji dostępu do świadczenia.

Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej* oraz (cel 5) *Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej*.

Zarządzenie zostało przedstawione do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni. Zarządzenie zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września

2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), zostało przedstawione do konsultacji Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Fizjoterapeutów oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach zarządzenie przedstawione zostało również do opinii konsultantom krajowym we właściwych dziedzinach medycyny.

Zgodnie z § 2 i 3 niniejszego zarządzenia nowe przepisy będą stosowane do rozliczania świadczeń od dnia 1 września 2021 r., a ich wejście w życie nastąpi po upływie 30 dni od dnia podpisania zarządzenia.