

## Uzasadnienie

Zarządzenie 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), która zgodnie z § 31 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.

Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:

- 1) w celu ujednolicenia z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1768), dokonano zmian wartości wysokości opłat w 2022 r. Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.53.01.0001515 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.53.01.0001523 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia stworzono produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001543 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł, możliwy do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.53.01.0001517 Przetoczenie osocza świeżo mrożonego. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji;
- 2) w związku ze zmianą wysokości limitu finansowania ustalonego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego

przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 82) ustalonego na dzień 1 listopada 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 255,15 zł za każdy 1 gram immunoglobulin;

- 3) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia (Katalog produktów odrębnych) utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001564 Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej (obejmuje dożylną sterydoterapię wraz z wykonaniem rutynowych badań laboratoryjnych monitorujących terapię, przy rozliczeniu konieczne wykazanie rozpoznania ICD- 10: E05.0, E06.3, H06.2) oraz 5.52.01.0001565 Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych (konieczne wskazanie procedury 38.99), na zasadach określonych w § 26 pkt 13 zarządzenia (w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwiono wykazanie do rozliczenia pomimo nieprzekroczenia 14 dniowego okresu między ich udzieleniem podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu);
- 4) zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem obejmują również modyfikację załącznika nr 1b i 1c w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych pobraniom narządowym. Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469, z późn. zm.). W związku z tym, w załącznikach utworzone zostały odpowiednie produkty rozliczeniowe wraz z wartościami wynikającymi z ww. rozporządzenia;
- 5) zmiany w obrębie załączników 2a, 2b i 2c, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne / leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/ leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wynikają z konieczności ich dostosowania do przepisów § 16 załącznika do 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.);

- 6) modyfikacje w zakresie załącznika nr 1ts do zarządzenia mają charakter porządkujący (zmiany wynikające ze zmian z załącznika nr 1b);
- 7) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: PZB02 Zabiegi z wykonaniem wtrektomii <18 r. ż, PZB03 Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym < 18 r.ż. oraz PZB05 Duże zabiegi na rogówce i twardówce <18 r.ż., określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2 (załącznik nr 3d do zarządzenia);
- 8) realizując wnioski pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli pt. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu zminimalizowania skutków epidemii COVID-19, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie umożliwiono świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021;
- 9) zmiany w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia) obejmują:
  - a) B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka - w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.40.2021 z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie oszacowania kosztów operacji opadania powiek umożliwiono rozliczanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza u pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach grupy B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka (w grupie B31 został utworzony dodatkowy warunek: wskazanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza oraz wiek < 18 r.ż.),
  - b) C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej przeniesiono do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (z listy procedur C14 została usunięto

- procedura: 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne pozostawiono),
- c) C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - do listy procedur C15 dodano procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne (procedura przeniesiona z grupy C14),
  - d) C31 Kompleksowe zabiegi uszu - w grupie C31 Kompleksowe zabiegi uszu w przypadku realizacji procedur: 18.31 Radykalne wycięcie zmiany ucha zewnętrznego i 20.51 Wycięcie zmiany ucha środkowego poza dotychczasowym warunkiem związanym ze wskazaniem procedury wykonania badania histopatologicznego (Y90) należy dodatkowo sprawozdać jedno z wybranych rozpoznań wg. ICD 10: C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe), C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego, C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego), C49.0 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi),
  - e) D18, D47, D48 - w obszarze chorób związanych z zapaleniem płuc zrezygnowano z dotychczasowego podziału grup ze względu na możliwość wystąpienia powikłań lub chorób współistniejących bądź ich brak. Grupa D47 Zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi została usunięta, z kolei z nazwy grupy D48 Zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących została usunięta część informująca, że grupa dotyczy hospitalizacji bez powikłań i chorób współistniejących. Z nazwy grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe usunięto słowo „wirusowe”, a rozpoznania wg ICD10 o nieuszczegółowionej diagnozie zostały przeniesione do grupy D48 Zapalenie płuc. Do grupy D48 Zapalenie płuc zostały dodane rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie (rozpoznanie o nieuszczegółowionej diagnozie wg ICD 10 przeniesione z grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe),
  - f) F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż., F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. - dla grup F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż. oraz F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. zostały dodane warunki wykonania dodatkowych procedur medycznych wg ICD 9,

- g) H22 Artroskopia lecznicza - w grupie H22 Artroskopia lecznicza umożliwiono realizację procedur: 83.881 Plastyka ścięgna i mięśnia, 83.882 Ufiksowanie ścięgna, 83.883 Tenodeza - inna niż ręki oraz 83.884 Plastyka ścięgna,
- h) P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone- umożliwiało zostało rozliczanie hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID- 19 w oddziałach pediatrycznych. W grupie P04 Choroby dolnych dróg oddechowych oraz P30 Infekcje wirusowe określone do listy rozpoznań dodano rozpoznanie o kodzie: U07.1 COVID-19,
- i) Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne - z charakterystyki JGP została usunięta grupa Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne. Procedury, które dotychczas były rozliczane w ramach tej grupy są nadal możliwe do rozliczenia w grupie Q23 Operacje żyłaków z safenektomią oraz w grupie Q24 Operacje żyłaków bez safenektomii.

Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 63 035 198 zł.

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. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym 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 opinie dotyczące projektu zarządzenia przedstawiło 20 podmiotów. Podczas ich rozpatrywania uwzględniono te, które były merytorycznie zasadne, między innymi odstąpiono od wprowadzenia zmian w §25 zarządzenia. Centrala Funduszu będzie jednak nadal prowadzić prace związane ze zmianą konstrukcji rozliczania poprzez produkt rozliczenie za zgodą płatnika, dążąc do tego,

aby rozliczanie świadczeń w tym trybie traktowane było jako wyjątek, a nie ogólna zasada rozliczania udzielonych świadczeń.

Zdecydowana większość pozostałych zgłoszonych uwag wymaga szczegółowych analiz i dalszych prac.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.