

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wynikają z bieżących prac zespołów zadaniowych powoływanych przez Prezesa Funduszu i postulatów zgłaszanych przez środowiska onkologów i kardiologów. W głównej mierze zmiany dotyczą:

- 1) szeroko rozumianego leczenia onkologicznego, w tym diagnostyki genetycznej w chorobach nowotworowych;
- 2) obszaru kardiologii interwencyjnej.

W katalogu grup, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia, zmiany polegają na zmianie wycen wybranych grup JGP: C01, D02, F31A, J02, K01, L00, M11, Q18 oraz na dodaniu nowych grup E46, E47, E48, przy jednoczesnym usunięciu grup E41 i E45.

W katalogu produktów odrębnych, stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia, zmiany polegają na dodaniu nowych produktów rozliczeniowych: *Ablacja u chorych z rozpoznaniem burzy elektrycznej (kod 5.52.01.0001504) oraz Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż. (kod 5.52.01.0001504).*

W katalogu produktów do sumowania, stanowiącym załącznik nr 3 do zarządzenia, zmiany polegają na dodaniu produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania: *Aterektomii wieńcowej - rotablacja, Ostrej lub zdekompensowanej niewydolności krążenia - leczenie w OINK, Podstawowym badaniom genetycznym w chorobach nowotworowych, Złożonym badaniom genetycznym w chorobach nowotworowych, Zaawansowanym badaniom genetycznym w chorobach nowotworowych.* Jednocześnie zmodyfikowano zasady finansowania świadczeń poprzez produkty rozliczeniowe: *Wspomaganie serca lub płuc – ECMO, Leczenie przetoczeniami immunoglobulin, FFR/ IVUS tętnic wieńcowych, Hipotermia lecznicza, Wspomaganie krążenia przy operacjach serca i aorty przy użyciu balonu.*

W katalogu produktów rozliczeniowych dedykowanych dla świadczeń, dla których w rozporządzeniu określono dodatkowe warunki ich realizacji, stanowiącym załącznik nr 4

do zarządzenia, zmiany mają charakter porządkowy, polegają na dodaniu lub usunięciu niektórych grup, w związku ze zmianami wprowadzonymi w katalogu JGP.

W charakterystyce JGP, stanowiącej załącznik nr 5 do zarządzenia, dokonano aktualizacji wynikających z dostosowań charakterystyk grup do zmian wynikających ze zmiany załącznika nr 1.

Zasadniczym celem przedmiotowego zarządzenia jest polepszenie dostępności do świadczeń. Wprowadzane zmiany we wszystkich przedmiotowych zakresach mają na celu nie tylko optymalizację kosztów, poprawę kompleksowości udzielanych świadczeń, ale przede wszystkim zwiększenie ich dostępności dla pacjenta, a tym samym przyspieszenia procesu diagnostyczno-leczniczego, co jest szczególnie ważne w przypadku schorzeń onkologicznych.

Zmiany dotyczące leczenia onkologicznego odnoszą się do wybranych grup JGP, obejmujących kompleksowe zabiegi onkologiczne. Spowoduje to zbliżenie wyceny grup do rzeczywistych kosztów wykonania zabiegów w przypadku pacjentów onkologicznych.

Natomiast projekt zmian w finansowaniu badań genetycznych w diagnostyce nowotworów jest efektem prac: konsultanta krajowego ds. genetyki – pani prof. dr hab. Marii Sasiadek, Polskiej Koalicji na rzecz Medycyny Personalizowanej oraz Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych.

Co do zmian z obszaru kardiologii, to są one wynikiem współpracy z ekspertami w tej dziedzinie medycyny, w tym między innymi z Asocjacją Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, zaś zmiany dotyczące elektrofizjologii są wynikiem wspólnych ustaleń z Sekcją Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Dodatkowo w celu zapewnienia kompleksowości i lepszej jakości świadczeń realizowanych na rzecz świadczeniobiorców, na podstawie §16 ust. 2 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), wprowadzono zastosowanie współczynników korygujących dla grupy świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu kardiologii oraz świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia nowych produktów oraz zmiany dotychczasowych wycen niektórych świadczeń wobec zarządzenia Prezesa NFZ nr 71/2016/DSOZ (z późn. zm.) oraz współczynników korygujących, szacowany jest, przy założeniu identycznej struktury realizowanych świadczeń w skali roku, na około 302 mln 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. 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.

Do przedstawionego projektu zarządzenia wpłynęło łącznie 152 uwagi od 55 podmiotów, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów 13 opinii - od konsultantów krajowych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Zdecydowana większość zgłoszonych uwag odnosiła się do wartości punktowej nowych taryf świadczeń ustalonych przez AOTMiT, które w opinii zarówno konsultantów krajowych jak i podmiotów leczniczych są zaniżone znacznie poniżej realnych kosztów - uwagi w tym zakresie nie zostały uwzględnione, ponieważ zmiany taryf świadczeń pozostają poza kompetencjami Prezesa Funduszu.

Zgłoszono również pewną liczbę uwag i opinii, które nie dotyczyły treści stanowiących przedmiot konsultacji, w tym m.in. propozycje zmian zgłoszone przez Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób płuc oraz przez środowiska: kardiologów, onkologów i ortopedów, m.in. dotyczące: weryfikacji wartości punktowej kompleksowych zabiegów onkologicznych i hospitalizacji do teleradioterapii, modyfikacji karty TISS 28, które nie mogły zostać uwzględnione z uwagi na konieczność szczegółowego przeanalizowania w aspekcie zmian poziomu finansowania wnioskowanych świadczeń. Uznano, że część przedmiotowych postulatów, po wnikliwej analizie skutków finansowych zostanie uwzględnione w kolejnej nowelizacji zarządzenia Prezesa NFZ.

W przedmiotowym zarządzeniu uwzględnione zostały wyłącznie uwagi o charakterze merytorycznym dotyczące przedmiotu konsultacji, w szczególności odnoszące się do:

- 1) rozszerzenia rozpoznań nowotworowych wg ICD-10 w badaniach genetycznych – uwaga zgłoszona przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie genetyki i środowisko specjalistów zajmujących się genetyką w chorobach onkologicznych; w „wykazie badań genetycznych w chorobach nowotworowych”

dodano wnioskowane rozpoznania ICD-10: C38, C40 - C41, C47, C56, C57, C64, C69, C70 - C74, C85, C88, C90.1, C90.2, D33;

- 2) wprowadzenia możliwości realizacji diagnostyki genetycznej chorób nowotworowych dodatkowo w zakresach świadczeń: chirurgia klatki piersiowej, choroby płuc – uwagi zgłoszone przez Konsultantów Krajowych w dziedzinach: chorób płuc, klatki piersiowej oraz Polskie Towarzystwo Chorób Płuc; wprowadzono możliwość realizacji wnioskowanych badań we wskazanych zakresach świadczeń;
- 3) wprowadzenia zmiany wartości punktowej produktu rozliczeniowego „Aterektomia wieńcowa - rotablacja” - uwagi zgłoszone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii i Sekcję Rytmu Serca PTK, zwiększono wartość punktową przedmiotowego produktu do poziomu 80 pkt;
- 4) modyfikacji opisu produktu rozliczeniowego dedykowanego leczeniu skojarzonemu radiochemioterapii – uwaga zgłoszona przez Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych; opis został doprecyzowany następująco „do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta jednoczasowej chemioterapii i radioterapii, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zastosowaniem przerwy terapeutycznej zależnej od schematu leczenia”;
- 5) wprowadzenia możliwości rozliczania „wspomagania krążenia przy operacjach serca i aorty przy użyciu balonu” w zakresie kardiologii łącznie z grupami: E02, E03, E04, E05, E06, E07 – uwaga zgłoszona przez środowisko kardiologów; w katalogu produktów do sumowania wprowadzono możliwość sumowania produktu o kodzie: 5.53.01.0000502 *Wspomaganie krążenia przy użyciu balonu z ww. grupami*;
- 6) wprowadzenia możliwości rozliczania produktu o kodzie 5.53.01.0005005 „Ostra lub zdekompensowana niewydolność krążenia – leczenie w OINK” łącznie z grupami dedykowanymi leczeniu OZW - uwaga zgłoszona przez Sekcję Rytmu Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego; wprowadzono możliwość sumowania tego produktu łącznie z JGP: E10, E11, E12G;
- 7) wprowadzenia współczynnika korygującego dla niektórych zakresów świadczeń realizowanych przez podmioty lecznicze posiadające status szpitala klinicznego lub instytutu, utworzonego i nadzorowanego przez Ministra Zdrowia, z uwagi na znacznie wyższe koszty realizacji świadczeń - uwaga zgłoszona przez

Konferencję Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie; wprowadzono zastosowanie współczynnika korygujących 1,1 dla tej grupy świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie kardiologia;

- 8) wprowadzenia współczynnika korygującego dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz związanych z rewizją po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego, z uwagi na koszty świadczeń wynikające z wartości wyrobu medycznego, a także z praktycznej „referencyjności” jednostek ortopedycznych w praktyce realizujących najtrudniejsze zabiegi – uwaga zgłoszona przez Ortopedyczno – Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Szpital Powiatowy w Chrzanowie; wprowadzono zastosowanie współczynnika korygujących 1,2 dla świadczeń z zakresu zabiegów endoprotezoplastyki.