Uzasadnienie

Projekt zarządzenia 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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

 W stosunku do obecnie obowiązującego zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (z późn. zm.), które z dniem 31 grudnia 2017 r. straci moc, wprowadzono zmiany związane między innymi z rozliczaniem świadczeń „*Leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci”*, polegające na udostępnieniu świadczeniodawcom posiadającym status centrum urazowego dla dzieci, do realizacji i rozliczania świadczeń związanych z leczeniem wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci, nowoutworzonych grup JGP T11 – T16 dedykowanych urazom dziecięcym.

Ponadto, zgodnie z art. 146 ust. 6 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaimplementowano w katalogu grup nowe taryfy dla świadczeń z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu – w związku opublikowaniem w dniu 3 listopada br. obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2018 r.

Zgodnie z przyjętymi przez AOTM i T założeniami do wyceny świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne i rekomendacjami dokonano wydzielenia nowych grup dla świadczeń artrotomii (nowa grupa H80 „*Artrotomia w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej*”) oraz przeszczepów skóry (nowa grupa J31 „*Zabiegi związane z przeszczepami skóry*”). W związku z tym usunięto grupę H66 oraz wprowadzono zmiany w charakterystykach JGP: J32, H83, polegające na przeniesieniu właściwych procedur medycznych do wyodrębnionych grup.

Dodatkowo, w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

1. uwzględniając wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii
* w  katalogu JGP - w grupach z sekcji P (Choroby dzieci) – dla hospitalizacji < 3 dni wprowadzono wartość punktową na poziomie 65% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 50% dla hospitalizacji < 3 dni),
* w grupie *C13 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż.\* dla* typu umowy *hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia* wprowadzono jednakową taryfę świadczenia;
1. w katalogu produktów odrębnych - utworzono nowy statystyczny produkt rozliczeniowy o kodzie: *5.52.01.0001511 Kolejne badanie genetyczne pierwotnie pobranego materiału – w trybie ambulatoryjny*m, umożliwiający rozliczanie wykonanych ponownie badań genetycznych z katalogu produktów do sumowania, z zastrzeżeniem, że rozliczanie badań tym produktem możliwe będzie w przypadku modyfikacji ustalonego leczenia przy jednoczesnej konieczności sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań;
2. na wniosek środowiska onkologów wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy o kodzie „5.51.01.0017017 Z01 *Kompleksowa diagnostyka onkologiczna”* dedykowany do rozliczania szeregu badań diagnostycznych, które ze względu na specyfikę i konieczność zastosowania m.in. znieczulenia nie mogą być wykonywane w ramach pakietów diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym. Zmiana ma na celu poprawę kompleksowości udzielanych świadczeń oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskanie diagnostyki w ramach „szybkiej ścieżki onkologicznej” zgodnie z zasadami postępowania diagnostyczno – terapeutycznego nowotworów złośliwych.
3. w załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS-28, dokonano modyfikacji mających charakter porządkowy i dookreślający składowe podlegające ocenie w przedmiotowej skali. Zmiany wynikają przede wszystkim z aktualnej wiedzy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym z obecnie stosowanych technik / metod leczenia.
4. w charakterystyce JGP:
* dodano charakterystyki nowych grup: T11 – T16 dedykowanych centrom urazowym dla dzieci,
* dodano charakterystyki grup: H80 Artrotomia w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej i J31 Zabiegi związane z przeszczepami skóry,

oraz w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, dokonano zmian polegających m.in. na:

* wprowadzaniu w grupie E72 warunku dotyczącego wskazania rozpoznania zasadniczego z listy E72,
* uporządkowaniu w grupach: S11, S12, S13, S15, S16 warunków zgodnie z wytycznymi otrzymanymi z AOTMiT,
* przeniesieniu z grupy H19 procedury 00.852 do listy dodatkowej H3R.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia dla niektórych świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu taryf opublikowanych w obwieszczeniach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 3 listopada 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w z rodzaju: leczenie szpitalne, szacowany jest w skali roku na ok. 145 mln zł. Natomiast skutek wynikający z wprowadzenia nowych produktów do rozliczania świadczeń „*Leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci”*, jest trudny do oszacowania, z uwagi na brak szczegółowych informacji o liczbie podmiotów leczniczych spełniających na dzień 1 stycznia 2018 r. warunki wymagane do realizacji tych świadczeń.

Wejście w życie pozostałych regulacji nie wpłynie zasadniczo na zwiększenie kosztów finansowania świadczeń.

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.