

Projekt

z dnia 28 grudnia 2022 r.

Zatwierdzony przez

**ZARZĄDZENIE NR
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 28 grudnia 2022 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskoscjalistyczne**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 i poz. 2674) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskoscjalistyczne (z późn. zm.¹⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 17 uchyla się ust. 17,

2) w § 21 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach następujących JGP:

- a) A11O Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- b) C11O Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- c) F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- d) F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- e) G31O Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie) w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- f) J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r. ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- g) H83O Średnie zabiegi na tkankach miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- h) H84O Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych

– uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w AOS, chirurgicznego leczenia onkologicznego w rozpoznaniach wskazanych w charakterystyce JGP ww. grup, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych dla wybranych JGP określonych w załączniku nr 19 do zarządzenia.”;

¹⁾ Zmienione zarządzeniem Nr 36/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2022 r., zarządzeniem Nr 41/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2022 r., zarządzeniem Nr 81/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2022 r., zarządzeniem Nr 87/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2022 r. oraz zarządzeniem Nr 127/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2022 r.

- 3) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 4) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 5) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 6) załącznik nr 3b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 7) załącznik nr 3c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 8) załącznik nr 3e do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 9) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załącznik nr 19 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Przepisy zarządzenia, o których mowa w § 1, w brzmieniu wynikającym z niniejszego zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

/Dokument podpisano elektronicznie/

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 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadza zmiany które obejmują:

1. w zakresie załącznika nr 1a do zarządzenia (Katalog grup) na podstawie obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 21 września 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmujących choroby wewnętrzne i odpowiednich raportów dokonano stosownych zmian obejmujących:
 - a. w zakresie reumatologii w grupach H86 – H98, zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup:
 - H87 Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej z połączenia grup H87C Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni i H87D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni,
 - H89 Choroby niezapalne kości i stawów z połączenia grup H89C Choroby niezapalne kości i stawów < 4 dni i H89D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni
 - zmiana warunku długości pobytu ma na celu zmniejszenie zjawiska krótkich hospitalizacji związanych z podawaniem leków. Podkreślenia wymaga fakt, że wspomniane leki powinny być podawane w warunkach ambulatoryjnych;
 - H90 Zapalenia stawów, układowe choroby tkanki łącznej oraz choroby infekcyjne kości i stawów wymagające intensywnego leczenia > 10 dni została przemodelowana poprzez dołączenie do pacjentów aktualnie rozliczanych grupą H90 Zapalenia stawów i układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia > 10 dni pacjentów z grupy H88 Choroby infekcyjne kości i stawów, wymagających antybiotykoterapii oraz z pobytem powyżej 10 dni;
 - H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych utworzona w celu umożliwienia rozliczania wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych. Świadczenie dotyczy chorych skierowanych z poradni przyszpitalnej po I lub II wizycie diagnostycznej. Wymagany okres oczekiwania na przyjęcie do oddziału nie dłuższy niż 30 dni. Świadczenie może być rozliczone u jednego pacjenta 1 raz w roku kalendarzowym;
 - H96C Układowe choroby tkanki łącznej powstała z połączenia grup H96CE Układowe choroby tkanki łącznej > 65 r.ż. i H96CF Układowe choroby tkanki łącznej < 66 r.ż. Zniesienie podziału wiekowego jest odpowiedzią na postulat środowiska eksperckiego, ponieważ koszty leczenia pacjentów w obu grupach nie są związane z wiekiem pacjenta a z wielochorobowością, która pojawia się u pacjentów z chorobami reumatycznymi około 40 r.ż.;
 - b. w zakresie chorób wewnętrznych zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup:
 - K25 Zaburzenia odżywiania i zaburzenia wodno-elektrolitowe z połączenia grup K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe i K27 Zaburzenia odżywiania,
 - K40 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany zaburzeń glikemii z połączenia grup K35 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne i K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi
 - z uwagi na podobny wiek pacjentów, realizację w ramach tego samego kodu resortowego, zbliżone zużycie zasobów podobne zużycie zasobów oraz podobny czas hospitalizacji w poszczególnych grupach;
 - K28F Wrodzone wady metaboliczne > 18 r.ż. < 66 r.ż.,
 - P52 Wrodzone wady metaboliczne < 18 r.ż.

- z grupy K28F Wrodzone wady metaboliczne < 66 r.ż. wyodrębniono populację dziecięcą i stworzono dwie odrębne grupy: K28F Wrodzone wady metaboliczne > 18 r.ż. < 66 r.ż. oraz P52 Wrodzone wady metaboliczne < 18 r.ż., dla której pozostawiono wycenę na dotychczasowym poziomie ze względu na trwające w AOTMiT prace nad wyceną tariff dla pacjentów pediatrycznych;

2. w zakresie załącznika nr 1c do zarządzenia (Katalog produktów do sumowania):
 - a. podniesiono wycenę punktową produktów rozliczeniowych dedykowanych gastroscopii i kolonoskopii diagnostycznej w trybie ambulatoryjnym – zmiana ma na celu ujednolicenie wycen tożsamych świadczeń w innych rodzajach świadczeń;
 - b. w zakresie produktów związanych z leczeniem krwi i jej składnikami, dokonano aktualizacji wartości produktów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r.;
3. w zakresie załącznika 3e pozostawiono współczynniki korygujące dla grup z sekcji F, G i L, które nie zostały objęte zmianą wynikającą z obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie tariff świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmujących choroby wewnętrzne;
4. w zakresie załącznika nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka JGP) wprowadzono następujące zmiany:
 - a. w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.7.2022 z dnia 29 lipca 2022 r. dotyczącego analizy kosztów będących podstawą przygotowania tariff świadczeń szpitalnych z zakresu reumatologii dokonano następujących modyfikacji:
 - zniesiono dotychczasowy podział ze względu na czas pobytu między grupami: H87C Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni i H87D Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni
 - zniesiono dotychczasowy podział ze względu na czas pobytu między grupami H89C Choroby niezapalne kości i stawów < 4 dni i H89D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni
 - dokonano zmian w zakresie charakterystyki grupy H90 Zapalenia stawów, układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia > 10 dni. W ramach grupy H90 umożliwiono rozliczanie świadczeń udzielanych pacjentom z chorobami infekcyjnymi kości i stawów hospitalizowanych dłużej niż 10 dni i wymagających antybiotykoterapii. Wyodrębniono populację kosztochłonnych pacjentów dotychczas rozliczanych w ramach grupy H88 Choroby infekcyjne kości i stawów - głównie pacjenci cierpiący na ropne zapalenia stawów.

Do listy ICD 9 grupy H90 dodano procedury:

 - 99.210 Wstrzyknięcie antybiotyku nieokreślone
 - 99.211 Podanie antybiotyku na nośniku
 - 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
 - 99.219 Wstrzyknięcie antybiotyku - inne

Do listy ICD 10 grupy H90 dodano rozpoznania:

 - M00.0 Gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe
 - M00.1 Pneumokokowe zapalenie jedno- lub wielostawowe
 - M00.2 Paciorkowcowe zapalenia jedno- lub wielostawowe
 - M00.8 Inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe
 - M00.9 Ropne zapalenia stawów, nieokreślone
 - M46.2 Zapalenie kości i jamy szpikowej kręgu
 - M46.3 Infekcja krążka międzykręgowego (ropna)
 - M46.5 Inne infekcyjne choroby kręgosłupa
 - M86.6 Inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku
 - M86.8 Inne zapalenie kości i szpiku

- Do listy dodatkowej ICD 10 H8s dodano rozpoznania:

- M01.0 Meningokokowe zapalenie stawów (A39.8+)
 - M01.1 Gruźlicze zapalenie stawów (A18.0+)
 - M01.2 Zapalenie stawów w chorobie z Lyme (A69.2+)
 - M01.3 Zapalenie stawów towarzyszące innym bakteryjnym chorobom sklasyfikowanym gdzie indziej
 - M01.4 Zapalenie stawów w różyczce (B06.8+)
- zniesiono dotychczasowy podział wiekowy między grupami H96CE Układowe choroby tkanki łącznej > 65 r.ż. i H96CF Układowe choroby tkanki łącznej < 66 r.ż.; Analiza AOTMiT wykazała, że koszty leczenia pacjentów w obu grupach nie są związane z wiekiem pacjenta a z wielochorobowością, która pojawia się u pacjentów z chorobami reumatycznymi około 40 r.ż.
 - wprowadzono nowy produkt umożliwiający wczesną diagnostykę schorzeń reumatologicznych H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych.
- b. W związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.521.2.2022 z dnia 7 listopada 2022 r. dotyczącego analizy świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób wewnętrznych (jednorodne grupy pacjentów realizowane w ramach zakresu świadczeń choroby wewnętrzne) dokonano następujących modyfikacji:
- połączono grupy:
 - K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe i K27 Zaburzenia odżywiania oraz
 - K35 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne i K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi,

Przeprowadzone przez AOTMiT analizy wykazały, że wyżej wymienione pary grup mają zbliżone koszty. W wyniku połączenia poszczególnych JGP powstały nowe grupy:

 - K25 Zaburzenia odżywiania i zaburzenia wodno-elektrolitowe
 - K40 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany zaburzeń glikemii
 - wydzielono populację dziecięcą z grupy K28F i utworzono dla niej dedykowaną grupę P52 Wrodzone wady metaboliczne < 18 r.ż. Wycena nowej JGP pozostawiono na dotychczasowym poziomie (tak jak JGP: K28F) ze względu na trwające w AOTMiT prace nad wyceną taryf dla pacjentów pediatrycznych.
- c. Doprecyzowano i uporządkowano kody oraz nazwy procedur medycznych wg. ICD 9 na liście procedur N23d grupy N23 Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki, które zostały zaproponowanych przez ekspertów w ramach prac prowadzonych z AOTMiT;
- d. W grupie N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki doprecyzowano warunki wymagane do rozliczenia fototerapii u noworodka:
- wymagane wskazanie procedur: 99.831 Fototerapia noworodka (czas trwania min 24h) (min 1 raz) łącznie z I87 Bilirubina bezpośrednia (min 2 razy) i I89 Bilirubina całkowita (min 2 razy) oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N24; wiek < 8 tyg. ż.;
5. w zakresie załącznika nr 19 dodano grupy dedykowane świadczeniom onkologicznym „O” – zmiana ma na celu umożliwienia spełnienia formalnych wymogów świadczeniodawcom już realizującym te świadczenia;
- Pozostałe zmiany miały charakter porządkujący lub przyczyny techniczne, w tym:
6. uchylono przepisy mające na celu zminimalizowanie skutków epidemii COVID-19 poprzez umożliwienie świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego niektórych świadczeń z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021. Zostaje przywrócona zasada realizacji świadczeń w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik;

7. w zakresie załącznika nr 1b, nr 1c i nr 3b usunięto produkty rozliczeniowe o kodach: 5.52.01.0001509 (Ratunkowy dostęp do technologii lekowych - w trybie ambulatoryjnym) oraz 5.53.01.0000012 (Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej), które miały zastosowanie do rozliczenia ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL) na podstawie decyzji wydanych przez Ministra Zdrowia w związku z wnioskami złożonymi przed dniem wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Zmiana związana z wyłączeniem ww. produktów ma charakter porządkujący. Obecnie świadczenia z zakresu RDTL sprawozdawane są dedykowanymi produktami rozliczeniowymi o kodach: 5.61.01.0000002 (Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej w aplikacji CBWiD, który dotyczy RDTL procedowanego w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji) oraz 5.61.01.0000001 (Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej dla PSZ do poziomu: III stopnia, ogólnopolskiego, onkologicznego, pediatrycznego, pulmonologicznego, który dotyczy RDTL procedowanego poza aplikacją CBWiD);
8. W zakresie załącznika nr 3c do zarządzenia (Katalog produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (produkty objęte współczynnikami korygującymi) zmiana w zakresie grup dedykowanym nowotworowi złośliwemu gardła i krtani; wynikająca z oczywistej omyłki technicznej w zarządzeniu 127/2022/DSOZ.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczeń Prezesa AOTMiT z zakresu reumatologii wynosi 53,6 mln zł z zakresu chorób wewnętrznych wynosi 597,3 mln zł w skali roku. Skutek finansowy dla zmian w zakresie załącznika nr 1c zmiana wyceny punktowej produktów rozliczeniowych dedykowanych gastroscopii i kolonoskopii diagnostycznej w trybie ambulatoryjnym wynosi ok. 701 tys. zł w skali roku. Prognozowany roczny skutek finansowy wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. wynosi 23,2 mln zł. Dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na dzień publikacji zarządzenia skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Rada Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

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, w brzmieniu wynikającym z niniejszego zarządzenia, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.