Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" wprowadza dwa nowe zakresy świadczeń:

1) koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III),
2) dziecięca opieka koordynowana (DOK) oraz

zmiany w obowiązujących zarządzeniach Prezesa NFZ w następujących rodzajach świadczeń:

- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- leczenie szpitalne oraz
- podstawowa opieka zdrowotna.

W ramach wprowadzanej do rozliczania koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), szczególną pomoc medyczną finansowaną przez NFZ, powinny uzyskać kobiety w przypadku prenatalnego zdiagnozowania wad rozwojowych płodu, ciężkich chorób płodu oraz w sytuacji niepowodzenia położniczego. Akcent położony został dodatkowo na pomoc psychologiczną dla tej grupy pacjentek.

Wprowadzenie zakresu świadczeń - dziecięcej opieki koordynowanej (DOK) pozwoli sfinansować zintegrowaną opiekę neonatologiczną, wielospecjalistyczną opiekę pediatryczną - zgodnie z indywidualnymi wskazaniami oraz programy rehabilitacyjne dla tych dzieci. Jest ono skierowane do dzieci do ukończenia 3 r. ż, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą ich życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Świadczenia te dedykowane są także noworodkom urodzonym przedwcześnie z ciąży o czasie trwania poniżej 33 tygodni, klasyfikowanym jako noworodki VLBW (z ang. very low birth weight).

Dodatkowo w ramach wprowadzanych zmian w obowiązujących zarządzeniach Prezesa NFZ, w zakresie opieki psychiatrycznej zmieniono zarządzenie Nr 56/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia

warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rozszerzając możliwość rozliczania z wskaźnikiem 1,5, ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych i psychologicznych udzielanych na rzecz kobiet, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" , w ciąży powikłanej i po porodzie.

W zarządzeniu Nr r 61/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci ze śpiączką, dodano nowy produkt rozliczeniowy dedykowany dzieciom, o których mowa w ustawie o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Przedmiotowy produkt będzie rozliczany w ramach zakresu rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku lub oddziale dziennym.

Jednocześnie zmianie ulega sposób rozliczania świadczeń wykonywanych u kobiet w ciąży w poradniach położniczo-ginekologicznych, polegający na zróżnicowaniu i zwiększeniu finansowania świadczeń w poszczególnych okresach ciąży, które dotychczas finansowane były ujednoliconej wysokości 15 pkt. Zmiany te zostały wprowadzone w zarządzeniu Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r.

W zarządzeniu 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, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lipca 2016 r., zarządzeniem Nr 102/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2016 r., oraz zarządzeniem Nr 117/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2016 r., wyodrębniono z grupy N08 Ciężka patologia płodu – diagnostyka i leczenie procedurę 75.36 Korekcja wady rozwojowej płodu, która w znaczący sposób odstaje pod względem kosztowym od pozostałych procedur rozliczanych w tej grupie. W ramach tej procedury wyodrębniono szczegółowe procedury w zależności od złożoności i kosztochłonności terapii wewnątrzmacicznych uwzględniono w dwóch grupach: N08A Terapia wewnątrzmaciczna - 1. Kategoria, N08B Terapia wewnątrzmaciczna - 2. Kategoria. Jednocześnie dla przedmiotowych terapii wprowadzono możliwości rozliczania zarówno w ramach grup N08A, N08B (w sytuacji wypisu kobieta po zabiegu), jak również w ramach produktów do sumowania z JGP N09 i N11 (w sytuacji gdy kobieta po zabiegu pozostaje pod opieką ośrodka do czasu porodu).

Na szczególne podkreślenie zasługują także proponowane zmiany w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, wprowadzające rozwiązania, które umożliwią sfinansowanie położnym samodzielne prowadzenie ciąży fizjologicznej, zgodnie z indywidualnym wyborem kobiety. Zmiany te zostały wprowadzone w zarządzeniu Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 122/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają na celu zapewnienie lepszej dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na rzecz kobiet w ciąży, na II lub III poziomie opieki perinatalnej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Projekt niniejszego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia został zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz zgodnie z § 2 ust. 3 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400, z późn. zm.) przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 28 listopada – 12 grudnia 2016 r. W ich wyniku ok. 30 podmiotów (świadczeniodawców) zgłosiło ok 150 uwag, w przeważającej części dotyczące rozliczania i organizacji realizacji świadczeń. Uwagi dotyczących sumowania świadczeń zostały w części uwzględnione, w szczególności w zakresie rozliczania świadczeń dedykowanych noworodkom.