Nazwa projektu: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. **Komórka odpowiedzialna za projekt:** Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	**Data sporządzenia:** 28 listopada 2017 r.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

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.

W niniejszym zarządzeniu, zgodnie z art. 146 ust. 6 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaimplementowano w katalogu grup, nowe taryfy w przypadku niektórych świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Stanowi to wprowadzenie w życie przepisów Obwieszczeń Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 3 listopada br. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2018 r.

W zarządzeniu dokonano również zmian mających na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1565) – wprowadzono produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczenia nowych świadczeń gwarantowanych: replantacja kończyny górnej, leczenie melfalanem podanym dotętniczo we wskazaniu nowotwór złośliwy oka, podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia, wprowadzono możliwość rozliczania świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, w każdym okresie sprawozdawczym przez produkt statystyczny o kodzie: *5.52.01.0001512 Rozliczenie świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii po okresie sprawozdawczym.*

Dodatkowo, w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

1) 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;

- 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;

- wyodrębniono z grupy L92 – ESWL grupę L92A ESWL < 18 r.ż. dedykowaną do realizacji świadczeń w zakresach: chirurgia dziecięca i urologia dziecięca oraz wprowadzono do katalogu grup nową grupę diagnostyczno- zabiegową dla dzieci w przedmiotowych zakresach: L105 Procedury diagnostyczne

zabiegowe w zakresie układu moczowo – płciowego < 18 r.ż.;

2) w katalogu produktów odrębnych - utworzono nowy statystyczny produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.52.01.0001511 „Badanie genetyczne materiału archiwalnego", umożliwiający rozliczanie wykonanych ponownie badań genetycznych z katalogu produktów do sumowania, z zastrzeżeniem że rozliczanie badań tym produktem możliwe będzie przy modyfikacji ustalonego leczenia przy jednoczesnej konieczności sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań;

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, 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.

W związku z wydzieleniem 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") - na podstawie obwieszczeń Prezesa AOTMiT z dnia 3.11.2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego:

-- usunięto charakterystykę grupy H66 oraz wprowadzono zmiany w charakterystykach grup: J32, H83, polegające na przeniesieniu właściwych procedur medycznych do wyodrębnionych grup.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

3. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
1. Podmioty wykonujące działalność leczniczą realizujące umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, oraz ubiegające się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: leczenie szpitane.	Liczba podmiotów leczniczych na dzień sporządzenia OSR niemożliwa do określenia. Potencjalnie wszystkie podmioty lecznicze realizujące obecnie umowy w zakresach szpitalnych.		Zmiana poziomu finansowania świadczeń w typie umowy hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia.
2. Centrala NFZ i OW NFZ.			Implementacja postanowień zarządzenia do aplikacji informatycznych obsługujących proces zawierania/aneksowania umów oraz proces rozliczeń. Organizacja i przeprowadzenie procesu zmiany umów.

4. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji
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 okresie od 6 listopada do 21 listopada 2017 r. 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. W trakcie konsultacji wpłynęło ogółem 262 uwagi, w tym od konsultantów krajowych i wojewódzkich 20 uwag, od organizacji reprezentatywnych 2 uwagi oraz od pozostałych podmiotów 224 uwagi. Zgłoszone uwagi i opinie w znamienitej większości odnosiły się do: – nowoutworzonej grupy Z01 (uwagi zgłoszone m.in. przez: Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób płuc, Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, Polską Koalicję Medycyny Personalizowanej Stowarzyszenie i Centra Onkologii), które częściowo uwzględniono; – produktu rozliczeniowego z katalogu produktów odrębnych: *Badanie genetyczne materiału archiwalnego* (uwagi zgłoszone m.in. przez: Konsultanta Krajowego w dziedzinie chorób płuc, Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej, Polską Koalicję Medycyny Personalizowanej Stowarzyszenie i Centra Onkologii), które częściowo uwzględniono; – charakterystyk nowych grup z sekcji „T": T11 – T16 dedykowanych centrom urazowym dla dzieci, które uwzględniono; – załącznika dotyczącego oceny stanu pacjenta według skali TISS-28 (uwagi zgłoszone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie intensywnej terapii), które częściowo uwzględniono.
5. Skutki finansowe
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 rozliczeniowych: grupy L92A i L105 dedykowanej do realizacji świadczeń w zakresach: chirurgia dziecięca i urologia dziecięca, szacowany jest w skali roku na ok. 730 tys. zł; Trudny do oszacowania jest skutek wprowadzenia nowych produktów do rozliczania świadczeń „Leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci", 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.
6. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego
Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2018 r.
7. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?
Nie dotyczy.