

UZASADNIENIE

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 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 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

W związku z faktem zgłaszania się na SOR wielu pacjentów z powszechnymi dolegliwościami narządu wzroku lub z urazami narządu ruchu, które po zaopatrzeniu nie mogą być monitorowane w AOS z powodu trudności w dostępie do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w poradniach specjalistycznych: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dorosłych i dzieci, chirurgii dziecięcej oraz okulistycznych dla dorosłych i dzieci, spełniających określone warunki aparaturowe, wprowadzony został nowy zakres skojarzony pn. *ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych*. W jego ramach rozliczane będą świadczenia zrealizowane na rzecz chorych z rozpoznaniem określonymi w załączniku 5d do zarządzenia. Rozpoznanie wskazane zostały przez ekspertów, spośród sprawozdanych przez świadczeniodawców realizujących umowy AOS w wymienionych wyżej zakresach, jako zrealizowane przez nich w trybie nagłym. Przy rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych, wprowadza się współczynnik 1,6 stosowany w wymienionym przedziale czasu: w odniesieniu do świadczeń okulistycznych 14 dni, w odniesieniu do świadczeń ortopedycznych 60 dni od rozpoznania. Przewiduje się, że wprowadzone rozwiązanie pozwoli uzyskać pacjentom łatwiejszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych realizowanych na rzecz chorych z urazami i po urazach oraz z powodu nagłych schorzeń okulistycznych, a także ograniczy liczbę osób zgłaszających się do SOR/ IP z powodu powszechnych urazów i dolegliwości narządu wzroku.

Dodatkowo, przy rozliczaniu świadczeń dla dzieci, podniesiono współczynniki korygujące wprowadzone zarządzeniem nr 64/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna do poziomu: 1,6 w odniesieniu do świadczeń dla dzieci do 3 r.ż., do poziomu 1,3 dla dzieci od 4 do 18 r.ż., oraz do wysokości 1,6 dla świadczeń

pierwszorazowych realizowanych na rzecz osób powyżej 18 r. ż w wybranych specjalnościach: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia.

Korekta dotychczasowych współczynników dotyczących świadczeń udzielanych na rzecz dzieci ma na celu dalsze premiowanie podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń dla najmłodszych pacjentów kompleksowo i na najwyższym poziomie. Pozwoli to także, na zmotywowanie lekarzy, do realizacji diagnostyki i terapii, w jak najszerszym zakresie w trybie ambulatoryjnym, co znacznie zmniejsza stres u dziecka.

W wyniku korekty współczynnika przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia oczekuje się, że działania te znacząco zwiększą liczbę nowych pacjentów, szybko przyjmowanych i diagnozowanych w trybie ambulatoryjnym. Powinno to skrócić czas oczekiwania na poradę, a także zrationalizować wydatkowanie publicznych środków, w tych specjalnościach, w których są najdłuższe kolejki oczekujących chorych. Utrzymano jednocześnie pozostałe zasady rozliczania porad pierwszorazowych.

Ponadto, niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmienioną wycenę pakietów onkologicznych zgodnie z taryfą zawartą w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2019r. Jednocześnie, z uwagi na fakt, że w Obwieszczeniu nie zostały zawarte taryfy dedykowane rozliczaniu onkologicznych pakietów diagnostycznych dla dzieci, utrzymano wycenę tych pakietów na dotychczasowym poziomie. W związku ze zmienioną wyceną pakietów, w załączniku 5c do zarządzenia dodane zostały procedury diagnostyczne (m.in. badanie PET) z wyodrębnioną wyceną, do rozliczania na zasadach wskazanych w zarządzeniu. W ślad za zmianą sposobu rozliczania diagnostyki onkologicznej dokonano stosownych modyfikacji w części normatywnej zarządzenia.

Jednocześnie w zarządzeniu wprowadzono przepis doprecyzowujący wiek dzieci, na rzecz których realizowane i rozliczane są porady w ramach zakresu: świadczenia w zakresie preluksacji do 12 miesiąca życia. Jest to spójne z obowiązującymi zasadami postępowania zapobiegawczego w dysplazji stawów biodrowych oraz opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

W przypadku realizacji świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych odstąpiono od obowiązku dodatkowego sprawozdawania daty zakończenia hospitalizacji poprzedzającej poradę.

Ponadto dokonano korekty błędu pisarskiego zawartego w umowie oraz doprecyzowano zasady rozliczania świadczeń AOS przez świadczeniodawców realizujących KON-Pierś.

Ponadto dokonano modyfikacji sposobu rozliczania wlewek BCG do pęcherza moczowego poprzez zastąpienie dotychczasowego sposobu rozliczania w uśrednionej wycenie grupy zabiegowej na rzecz rozliczania na zasadach faktury zakupu, urealniając tym samym ponoszone koszty produktu leczniczego.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 października 2019 r.

Szacunkowy koszt wprowadzenia tych rozwiązań przewiduje się na kwotę około 62 mln zł. w okresie czwartego kwartału 2019 r.

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, z późn. zm.), 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. W ich wyniku 34 podmioty zgłosiły 56 uwag i opinii do przedmiotowego projektu. Przekazane uwagi w przeważającej części przypadków dotyczyły nowego zakresu skojarzonego pn. ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych w zakresie m. in.: rozszerzenia wykazu zakresów świadczeń, rozszerzenia wykazu rozpoznań ICD-10, modyfikacji zaproponowanego współczynnika czy wprowadzenia rozliczania bezlimitowego, które w chwili obecnej nie zostały uwzględnione.