|  |
| --- |
| ***Projekt***z dnia 2 września 2022 r.Zatwierdzony przez ......................... |

**Zarządzenie Nr ....................
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

z dnia 2 września 2022 r.

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

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.[[1]](#footnote-1)1) ) 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 wysokospecjalistyczne (z późn. zm.[[2]](#footnote-2)2) ), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 12 w ust. 1 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) Neonatologia:

a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,

b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,

c) N21A - Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni,

d) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,

e) N22A - Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki,

f) N23 - Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki,

g) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,

h) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru,

i) 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka;”;

2) w § 12 w ust. 3 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) Neonatologia:

a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,

b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,

c) N21A - Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni,

d) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,

e) N22A - Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki,

f) N23 - Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki,

g) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,

h) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru,

i) 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka;”;

3) w § 26 pkt 24 otrzymuje brzmienie:

„24) w uzasadnionych medycznie przypadkach, w sytuacji rozliczania świadczeń w zakresie neonatologia – pierwszy lub drugi lub trzeci poziom referencyjny, rozliczanych grupami: N20, N21, N21A, N22, N22A, N23, N24, N25, dyrektor oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie kontynuacji leczenia noworodka po ukończeniu tygodnia życia określonego dla właściwej grupy, rozpoczętego u tego świadczeniodawcy;”;

4) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

5) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

6) załącznik nr 3c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 3d do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

8) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 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 września 2022 r. w zakresie lp. 153 załącznika nr 1c do zarządzenia.

**§ 2.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2022 r.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PREZES** **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**wz. Prezesa 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 2021 r. poz. 1285, 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 leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadza zmiany wynikające z publikacji obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 12 sierpnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki nad noworodkiem, w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy (JGP: H31E–H33, H41–H43 oraz PZH03-PZH07), w zakresie leczenia szpitalnego oraz w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w obszarze choroby układu moczowo-płciowego, w zakresie leczenia szpitalnego oraz wybranych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które obejmują:

1) w zakresie załącznika nr 1a do zarządzenia na podstawie ww. obwieszczeń Prezesa AOTMiT i odpowiednich raportów dokonano stosownych zmian polegających na:

a. zmianach w zakresie opieki nad noworodkiem w grupach N20 – N25, w tym wprowadzeniu dwóch nowych grup rozliczeniowych i implementacji taryf, dla nw. grup:

· N20 Noworodek wymagający normalnej opieki,

· N21 Ciężka patologia noworodka > 30 dni,

· N21A Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni,

· N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii,

· N22A Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

· N23 Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

· N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki

· N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru;

b. zmianach w zakresie świadczeń obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy poddanych analizie JGP: H31E–H33, H41–H43 oraz PZH03-PZH07, dotyczących wprowadzenia nowych taryf, które są wyższe od dotychczasowej wyceny, z wyjątkiem grup H31E, H31F, H41 oraz PZH03, gdzie wycena pozostała bez zmian. Taryfy zostały podniesione w nw. grupach:

· H32 Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy \*

· H33 Średnie zabiegi na kończynie dolnej \*

· H42 Duże zabiegi na kończynie górnej \*

· H43 Średnie zabiegi na kończynie górnej \*

· PZH04 Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż. \*

· PZH05 Średnie zabiegi na kończynie dolnej < 18 r.ż. \*

· PZH06 Duże zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż. \*

· PZH07 Średnie zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż. \*;

Ponadto dla analizowanych grup, zgodnie z rekomendacją, ponownie wyznaczono liczbę dni finansowanych grupą, z uwagi na to, że od wprowadzenia w życie systemu JGP długości hospitalizacji uległy znacznym zmianom. Zrezygnowano również z taryf dla hospitalizacji poniżej 3 dni dla grup gdzie mediana oraz dominanta są równe bądź niższe od 2 dni (H32, H33, H41, H42, H43),

c. zmianach w zakresie świadczeń szpitalnych w ramach sekcji L Choroby układu moczowo – płciowego, dla których w związku z przyjętą przez AOTMiT etapowością taryfikowania świadczeń w obszarze sekcji L, przy wyborze świadczeń podlegających taryfikacji przyjęto kryterium małoinwazyjnych zabiegów lub wykonywanych przeważnie w trybie jednodniowym oraz uwzględniono priorytetowość świadczeń w grupie najczęstszych wskazań onkologicznych.

W związku z powyższym wydzielono z grupy L31 Radykalna prostatektomia \* grupę związaną z techniką operacyjną laparoskopową - L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy \* i wprowadzono nowe taryfy dla nw. grup, które są wyższe od dotychczasowej wyceny, z wyjątkiem grupy L47, której wycena spadła, co wynika bezpośrednio ze zmian charakterystyki tej grupy:

· L09 Małe zabiegi nerek \*

· L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym \*

· L30 Małe zabiegi pęcherza moczowego \*

· L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy \*

· L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego \*

· L47 Małe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego \*

· L104 Inne procedury w zakresie układu moczowo - płciowego \*.

2) w zakresie załącznika nr 1c do zarządzenia (Katalog produktów do sumowania) zmiany

a. o charakterze porządkowym wynikające ze zmian w grupach N20 – N25 w kolumnach: Uwagi oraz Produkty dedykowane do sumowania dla określonej JGP w następujących produktach rozliczeniowych:

· 5.53.01.0000006 Żywienie dojelitowe,

· 5.53.01.0000001 Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki,

· 5.53.01.0000002 Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym,

· 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka,

· 5.53.01.0001509 Hipotermia lecznicza;

b. w związku z wejściem w życie od 1 września 2022 r. programu lekowego: Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR) (ICD-10: A15) w produkcie do sumowania w katalogu 1c - Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO wprowadzono zmianę treści uwag do produktu, dotyczącą wyłączenia substancji czynnych określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stosowanych w ramach programu lekowego: Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR) (ICD-10: A15) u pacjentów zakwalifikowanych do tego programu. Wejście w życie tej zmiany od 1 września 2022 r., analogicznie do publikacji Obwieszczenia Ministra Zdrowia;

3) w zakresie załącznika nr 3c do zarządzenia (Katalog produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (produkty objęte współczynnikiem korygującym) zmiana związana z wprowadzeniem w części dotyczącej nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (C61) nowej grupy L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy \*;

4) w zakresie załącznika nr 3d do zarządzenia (Katalog produktów dedykowanych dla wybranych JGP udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż. (produkty objęte współczynnikiem korygującym) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: G34 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki \*, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw \*, PZN01 Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia \*, Q31Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu \*, Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. Grupa \*, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2;

5) w zakresie załącznika nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka JGP):

a. zmiany w grupach noworodkowych N20 – N25 polegające na:

· dodaniu nowych warunków związanych z wiekiem noworodka i czasem hospitalizacji,

· uporządkowaniu wymaganych do rozliczenia rozpoznań oraz wykonanych procedur,

· utworzeniu grupy N21A Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni, która pozwoli na utrzymanie wysokiego standardu leczenia noworodków z urodzeniową masa ciała ˂ 1000g i/lub urodzonych przed ukończeniem 28-ego tygodnia ciąży,

· utworzeniu grupy N22A Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki,

· zmianie w grupie N23 na Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki, która pozwoli na przeprowadzenie pełnej diagnostyki noworodka w adekwatnej cenie;

b. zmiany w grupach obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy:

· przeniesienie procedury 78.2482 Resekcja kości stępu z grupy H32 Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy \* do grupy H33 Średnie zabiegi na kończynie dolnej \* zgodnie z sugestią Konsultanta Krajowego, z uwagi na jednorodność kliniczną i spójność kosztową z pozostałymi procedurami chirurgii stopy;

c. zmiany w grupach chorób układu moczowo – płciowego:

· utworzenie grupy L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy \*,

· przeniesienie z charakterystyki grupy L47 Małe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego \* procedury 60.942 Cystoskopia celem opanowania krwawienia ze stercza do charakterystyki JGP L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego \* oraz procedury 60.96 Nacięcie przezcewkowe stercza (TUIP) do charakterystyki L43 Przezcewkowa resekcja gruczołu krokowego \* ze względu na znacznie wyższe koszty i charakter tych zabiegów,

· dla celów sprawozdawczych w grupach L104 Inne procedury w zakresie układu moczowo – płciowego \* oraz PZL13 Procedury diagnostyczno zabiegowe w zakresie układu moczowo - płciowego < 18 r.ż. \* zastąpiono procedurę ICD-9 57.32 Cystoskopia przezcewkowa dwiema procedurami: 57.321 Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym i 57.322 Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętkim, w zależności od zastosowanej metody;

6) w zakresie treści normatywnej zarządzenia zmiany o charakterze porządkowym w §12 ust. 1 pkt 10, ust. 3 pkt 4 i w §26 ust. 24 związane z wprowadzeniem nowych grup noworodkowych N21A i N22A;

7) zakresy skojarzone II i III poziomu referencyjnego: NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - N20, N22, N23, N24, N25 i NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - N20, N21, N22, N23, N24, N25 uwzględniają nowo wydzielone grupy JGP N21A, N22A, wobec czego nazwa zakresu nie ulega zmianie.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczeń Prezesa AOTMiT wynosi ok. 284,75 mln zł w skali roku. Skutek finansowy wynikający ze zmiany załącznika 3d do zarządzenia wynosi ok. 1,55 mln zł w skali roku, natomiast dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na dzień publikacji zarządzenia 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 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 14 dni. 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) 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 zakresie lp. 153 załącznika nr 1c do zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 września 2022 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2022 r.

1. 1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120 ,2270. 2427,2469, z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079,1265, 1352, 1700. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2) 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. oraz zarządzeniem Nr 87/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2022 r. [↑](#footnote-ref-2)