**Uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na wprowadzeniu kodów, które umożliwią elektroniczną weryfikację i walidację świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658), zwanym dalej „rozporządzeniem”.

Ze względu na to, że ww. przepisy rozporządzenia określają warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, w tym liczbę wykonywanych wizyt lub porad przez personel medyczny w określonym czasie, wskazane jest aby przy rozliczaniu zrealizowanych świadczeń była możliwość ich sprawdzenia, tak jak ma to miejsce w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Dla porad lekarza oraz wizyt pielęgniarki i fizjoterapeuty zostały przypisane kody, które będą sprawozdawane przez świadczeniodawcę wraz z datą realizacji świadczenia. Na podstawie tych danych Narodowy Fundusz Zdrowia będzie posiadał możliwość dokonania sprawdzeń, czy warunki udzielania świadczeń określone w przepisach rozporządzenia, odnoszące się do liczby wykonanych porad lub wizyt zostały spełnione zgodnie z rozporządzeniem.

Wprowadzenie (wzorem pielęgniarskiej opieki długoterminowej) kodów zawartych w załączniku do projektu zarządzenia i ich sprawozdawanie przez świadczeniodawców, będzie miało wpływ na wstępną ocenę jakości oraz ułatwi monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z uwagi na zróżnicowanie wymagań dotyczących wizyt personelu w świadczeniach zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo- mięśniowych, dodane zostaną produkty rozliczeniowe, rozróżniające świadczenia względem czasu wentylacji pacjenta ( do 8 godzin, od 8 do 16 godzin, powyżej 16 godzin). Zmiany wprowadzają wagę punktową produktu rozliczeniowego, różnicując wycenę świadczeń w zależności od wymogu zatrudnienia personelu medycznego, czasu wentylacji pacjenta, oraz liczby minimalnych wizyt personelu medycznego, określonych w rozporządzeniu.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, projekt zarządzenia został opublikowany 30 kwietnia 2019 r. na okres 14 dni w celu zaopiniowania przez właściwe w sprawie podmioty. Spośród 4 uwag jakie wpłynęły do Funduszu, dwa podmioty zaproponowały zmianę przepisów zarządzenia, polegającą na wyodrębnieniu dwóch nowych produktów rozliczeniowych w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną, z uwzględnieniem czasu wentylacji pacjenta i związanych z nim wymogów zawartych w rozporządzeniu.

Obecnie obowiązująca taryfa AOTMiT: „*osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo- mięśniowych”*, nie jest zróżnicowana względem czasu wentylacji mechanicznej o którym mowa w przepisach rozporządzenia.

Ponadto, projektowane zarządzenie dokonuje zmiany w zakresie definicji świadczenia wykonywanego w warunkach domowych (§ 1 pkt 1). Nowa definicja, określa opiekę realizowaną w warunkach domowych jako świadczenie gwarantowane, udzielane w miejscu zamieszkania lub czasowego pobytu świadczeniobiorcy, w tym także w domach pomocy społecznej z wyłączeniem podmiotów udzielających świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych. Z uwagi na zaproponowane zmiany dotyczące sposobu finansowania świadczeń realizowanych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, oraz wprowadzeniem wagi punktowej dla nowych produktów rozliczeniowych, projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, został ponownie przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni konsultantom krajowym, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców 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 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.).