

## **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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Na mocy przywołanego przepisu Prezes NFZ upoważniony jest do określenia:

- 1) przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzone postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie.

W obecnym stanie prawnym, przedmiotem umowy o realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, są świadczenia gwarantowane wymienione w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, wydane na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach.

Duża liczba zmian wprowadzonych do zarządzenia Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie spowodowała konieczność opracowania nowego zarządzenia.

W porównaniu do zarządzenia Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r., które poprzedziło niniejsze zarządzenie, uwzględniono wszystkie zmiany które zostały dokonane zarządzeniami zmieniającymi (w liczbie siedmiu), poprawiono zarządzenie pod względem legislacyjnym, merytorycznym oraz językowym, a także zmodyfikowano wartość punktową produktu rozliczeniowego dializa otrzewnowa w zakresie dializoterapia otrzewnowa, zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. 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) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1766) - wprowadzono produkt rozliczeniowy dedykowany do rozliczenia nowego świadczenia gwarantowanego: podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia od 1 stycznia 2018 r. wartości punktowej produktu rozliczeniowego dializa otrzewnowa w wysokości 221,71, zamiast dotychczasowych 207, szacuje się na 4,9 mln pln rocznie, przy założeniu, że liczba zrealizowanych świadczeń będzie

utrzymywać się na tym samym poziomie. Natomiast skutek wynikający z wprowadzenia nowego produktu „Podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej”, można oszacować na 0,24 mln. pln rocznie, przyjmując że liczba pacjentek objętych koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży nie ulegnie znaczącej zmianie.

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 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 12 uwag, w tym od konsultantów krajowych 2 uwagi, od organizacji reprezentatywnych 5 uwag oraz od pozostałych podmiotów 5 uwag, które częściowo uwzględniono.

Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej wnioskował o pozostawienie zakupu indywidualnych pomp insulinowych w ramach programu „Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę” (5.10.00.0000053) oraz programu „Leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia” (5.10.00.0000054), na zasadach dotychczas realizowanych, tj. w ramach świadczenia zdrowotnego kontraktowanego odrębnie. Projekt nie wprowadza zmian w tej kwestii, jednocześnie należy pamiętać, że wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, określony został rozporządzeniem Ministra Zdrowia, zatem pozostaje poza kompetencjami Funduszu.

Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych wnosiło o dodanie w treści zarządzenia w § 11. ust. 4 w brzmieniu: "Dopuszcza się łączne udzielanie i odrębne rozliczanie świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie ze świadczeniami w rodzaju leczenie szpitalne, za wyjątkiem w tych przypadków, w których w katalogach świadczeń szpitalnych określono inaczej, z zastrzeżeniem ust. 5 - 8." oraz dodanie w katalogu zakresów świadczeń, w zakresie badania zgodności tkankowej uwagi o treści: "nie wolno łączyć ze świadczeniami o kodach: 5.53.01.0005001, 5.53.01.0005002, 5.53.01.0005003". Uwaga nie została nieuwzględniona, gdyż zakaz sumowania jest już wpisany w zarządzeniu w rodzaju leczenie szpitalne.