

## 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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem, zmieniającym zarządzenie 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, związane są z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”.

Celem wprowadzanych zmian jest ujednolicenie przepisów zarządzenia w zakresie jednostek sprawozdawczych dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z przepisami obowiązującymi w tej materii w zakresach świadczeń: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń odrębnie kontraktowanych. Rozwiązanie takie umożliwi wyliczenie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach.

Jednocześnie, w ślad za wprowadzonymi zmianami do nowelizowanego zarządzenia skorygowano wycenę punktową świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r.

Ze względu na wiele uwag, zgłoszonych w procesie konsultowania projektów zarządzeń dostosowujących przepisy do nowych regulacji dotyczących systemu zabezpieczenia, dot. poszerzenia wykazu rodzajów świadczeń, które podlegać będą analogicznej zmianie ujednolicenia i wyceny świadczeń, podjęto decyzję o poszerzeniu obszaru objętego ww. działaniem, ale jednocześnie z uwagi na ograniczone środki w planie finansowym Funduszu proces ten rozłożono na dwa etapy, od 1 lipca br. oraz 1 października br., co pozwoli na zachowanie bezpieczeństwa finansowego płatnika.

Postanowienia dotyczące wartości jednostek rozliczeniowych, których wyliczenia opierają się na dotychczasowej średniej krajowej mają na celu - w odniesieniu do obowiązujących umów zawartych pomiędzy świadczeniodawcami a oddziałami wojewódzkimi NFZ - odpowiednie przeliczenie tych wartości z zachowaniem dotychczasowych relacji w stosunku do średniej ceny jednostki rozliczeniowej w danym rodzaju świadczeń.

W roku 2017, w okresie obowiązywania zarządzenia, skutek finansowy wynikający z wprowadzenia zmiany wyceny punktu wobec nowelizowanego zarządzenia 73/2016/DSOZ

Prezesa NFZ, szacowany jest, przy założeniu analogicznej struktury realizowanych świadczeń, na około 720 tys. PLN.

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.

Do przedstawionego projektu zarządzenia wpłynęło łącznie 37 uwag od 19 podmiotów, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów 8 opinii – od konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii (2 opinie) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny nuklearnej (1 opinia) oraz od reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców (5 opinii).

Zdecydowana większość zgłoszonych uwag nie dotyczyła treści stanowiących przedmiot konsultacji, w tym m.in. propozycje zmian zgłoszone przez konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii i Sekcję Nefrologiczną Izby Gospodarczej Medycyna Polska, które odnosiły się do zmiany wyceny m. in. dializy otrzewnowej do poziomu przewidywanego w taryfie ustalonej przez AOTMiT - uwagi w tym zakresie nie zostały uwzględnione ponieważ zmiana/ujednolicenie wartości produktu rozliczeniowego opiera się na dotychczasowej stawce za osobodzień natomiast taryfa zaproponowana dla przedmiotowego świadczenia jeszcze nie obowiązuje.

Zgłoszono również pewną liczbę uwag i opinii, które odnosiły się m.in. do:

- braku produktu rozliczeniowego dla hemodializy z zapewnieniem 24h dyżuru - uwaga nie została uwzględniona ponieważ, świadczenie to pomimo określenia dla niego taryfy, nie zostało ujęte w dotychczasowym wykazie i warunkach szczegółowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

- obniżenia w przypadku niektórych świadczeń wartości punktu w stosunku do obecnej wyceny punktowej świadczeń – w tym przypadku wartości jednostek rozliczeniowych, których wyliczenia opierają się na dotychczasowej średniej krajowej, zostaną w obowiązującej umowie świadczeniodawcy z oddziałem wojewódzkim NFZ odpowiednio przeliczone z zachowaniem dotychczasowych relacji w stosunku do średniej ceny jednostki rozliczeniowej w danym rodzaju świadczeń.