

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na podwyższeniu wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto do części normatywnej niniejszego zarządzenia, zgodnie z zaleceniem Ministra Zdrowia, wprowadzono przepisy mówiące o bezlimitowości przy rozliczaniu cytologii przesiewowej, a także TK i RM, które to przepisy wcześniej znajdowały się jedynie w treści umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższych modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego już zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, niniejszą regulację wprowadza się nowym zarządzeniem.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia projektowanych zmian na dzień sporządzenia dokumentu został wyliczony w oparciu o dane dotyczące realizacji świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w roku 2018.

Skutek finansowy oszacowano na ponad 80 mln zł na II półrocze 2019 r., co w skali roku daje ponad 160 mln zł.

Przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.

Projekt zarządzenia Prezesa NFZ, 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. 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 25 podmiotów zgłosiło 46 uwag i opinii do przedmiotowego projektu. Przekazane uwagi w

przeważającej części przypadków wskazywały, że zaproponowany wzrost wartości świadczeń jest niewystarczający. Świadczeniodawcy postulowali o wzrost wartości świadczeń od 6% do nawet 40%. Część uwag dotyczyła również wprowadzenia do rozliczania procedur, które nie znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych.