

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

Na mocy ww. przepisu Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia 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.

W porównaniu do zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. poprzedzającego niniejsze zarządzenie, aktualną regulacją wprowadzono do finansowania nowe świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zwany dalej „rozporządzenie AOS” oraz dokonano korekty sposobu rozliczania świadczenia: podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży, a także wprowadzono inne zmiany o charakterze porządkowym mające na celu doprecyzowanie przepisów.

Zmiany te polegają w szczególności na:

- 1) wprowadzeniu do finansowania i rozliczania następujących świadczeń: porada specjalistyczna – choroby wewnętrzne oraz porada specjalistyczna – pediatria. Są to, wynikające z nowelizacji rozporządzenia AOS, produkty dedykowane do rozliczania świadczeń kontrolnych realizowanych na rzecz pacjentów, którzy hospitalizowani byli w oddziale o profilu choroby wewnętrzne lub odpowiednio – pediatria. Rozliczanie tych świadczeń oparte zostało o grupy porad specjalistycznych, analogiczne jak w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

2) dokonaniu korekty rozliczania świadczenia podanie immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży, znajdującego się w załączniku nr 5b do zarządzenia. Polega ona na zmianie, z wyceny punktowej, w wysokości 268 pkt, na rozliczanie w oparciu o posiadaną przez świadczeniodawcę fakturę zakupową za lek. Koszt leku wynikający z faktury, dosumowywany jest do wyceny odpowiedniej porady specjalistycznej zrealizowanej w poradni położniczo-ginekologicznej. Powyższa zmiana sposobu rozliczania przedmiotowych świadczeń za okres sprawozdawczy poczynawszy od miesiąca marca, pozwoli na ich rozliczenie w kwietniu b.r. i miesiącach kolejnych wg zmodyfikowanych zasad, co umożliwi uniezależnienie poziomu finansowania od ceny punktu u poszczególnych świadczeniodawców, nie może jednak przekraczać urzędowej ceny zbytu dla powyższego wskazania, określonej w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu, z uwzględnieniem przepisów art. 9 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r.;

3) doprecyzowaniu i uszczegółowieniu przepisów odnoszących się do rozliczania wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej w zależności od terminowości jej realizacji, co stanowi dostosowanie do przepisów rozporządzenia AOS;

4) doprecyzowaniu przepisu mówiącego o rozliczaniu świadczeń ASDK w części odnoszącej się do lekarzy kierujących, wskazując, że rozliczenie tych badań odbywa się również w oparciu o skierowania lekarzy realizujących ambulatoryjne porady specjalistyczne, w ramach umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakres których zostały włączone od dnia rozpoczęcia obowiązywania tych umów świadczenia w rodzaju AOS. Doszczegółowienie przedmiotowego przepisu wynika z obowiązującego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;

5) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia - w odniesieniu do świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego - przywróceniu obowiązujących wcześniej regulacji, które wskazują jakie okolice głowy uwzględnione zostały przy wycenie TK i RM głowy. Podstawę tego doprecyzowania stanowi informacja z AOTMiT, która dokonała wyceny tych badań, a obwieszczenie Prezesa AOTMiT z dnia 27 marca 2017 r. w sprawie tariff świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zostało wykorzystane w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Koszt wprowadzenia w AOS świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych i pediatrii, nie jest możliwy do oszacowania z uwagi na fakt, że są to nowe świadczenia, które realizowane będą głównie przez świadczeniodawców rozliczających świadczenia w nowej strukturze organizacyjnej opieki zdrowotnej (PSZ).

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 lipca 2018 r., z wyjątkiem wiersza w lp. 24 załącznika nr 5b do zarządzenia, który stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2018 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Minister Zdrowia wyraził zgodę na skrócenie terminu wejścia w życie przedmiotowego zarządzenia.

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 ich wyniku 17 podmiotów zgłosiło 29 uwag i opinii. Przekazane uwagi odnosiły się w głównej mierze do wyceny świadczenia podania immunoglobuliny anty RhD. Pozostałe uwagi miały charakter doprecyzowujący przepisy zarządzenia.