



Rekomendacja nr 26/2009
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
z dnia 14 grudnia 2009r.
w sprawie zmiany warunków realizacji
świadczenia gwarantowanego „leczenie niedokrwistości
w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek”
w zakresie programu zdrowotnego

Prezes Agencji rekomenduje zmianę warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek” w zakresie programu zdrowotnego, zgodnie z propozycją Ministra Zdrowia, zawartą w zleceniu z dnia 3 listopada 2009r. (znak pisma: MZ-PL-460-9759-1/EM/09).

Uzasadnienie

Rekomendacja dotyczy zmiany jedynie wymaganych od świadczeniodawców warunków realizacji świadczenia gwarantowanego „leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek” w zakresie programu zdrowotnego, zleconego Prezesowi Agencji przez Ministra Zdrowia, jako działanie z urzędu, na podstawie art. 31 e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.).

W zleceniu Minister Zdrowia zaznacza, że w zakresie realizacji rozpatrywanego świadczenia gwarantowanego nie ulegnie zmianie poziom oraz sposób jego finansowania.

Prezes Agencji uznaje za zasadną zmianę warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, „leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek” w zakresie programu zdrowotnego, proponowaną przez Ministra Zdrowia, gdyż obecna forma zapisu określającego warunki realizacji przedmiotowego programu zdrowotnego wymagane od świadczeniodawców, uniemożliwia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia określanie tych warunków. Proponowana zmiana umożliwi Prezesowi NFZ wywiązywanie się z jego ustawowych obowiązków wobec określenia warunków realizacji przedmiotowego programu zdrowotnego, wymaganych od świadczeniodawców.

Jednocześnie Prezes Agencji uważa za zasadne, aby określone przez Prezesa NFZ warunki realizacji przedmiotowego świadczenia gwarantowanego, wymagane od świadczeniodawców, nie wpłynęły negatywnie na dostępność do powyższego świadczenia.

Zgodnie z interpretacją Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. (znak: MZ-PL-460-5348-111/GK/09), przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w ww. sprawie nie jest wymagany raport w sprawie oceny świadczenia gwarantowanego.



Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została wydana zgodnie z art. 31 e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008 Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), na zlecenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2009r. (znak pisma: MZ-PL-460-9759-1/EM/09), które dotyczyło wydania rekomendacji Prezesa Agencji w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonania zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji przedmiotowego świadczenia, po uzyskaniu Stanowiska Rady Konsultacyjnej nr 21/10/26/2009 z dnia 14 grudnia 2009r. w sprawie zmiany warunków realizacji następujących świadczeń gwarantowanych w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia: 1.Leczenie chłoniaków złośliwych, 2.Leczenie nadpłytkowości samoistnej, 3.Leczenie dystonii ogniskowych oraz połowiczego kurczu twarzy, 4. Leczenie stwardnienia rozsianego, 5.Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek, 6.Leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C, 7.Leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu B w oporności na lamiwudynę, 8.Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą.