

## **Uzasadnienie**

Niniejsze zarządzenie jest wykonaniem upoważnienia 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 58/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne związane są z planowanym wejściem w życie nowelizowanych przepisów ustawy o świadczeniach oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeniach, wprowadzających regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”.

Ze względu na strukturę realizowanych świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia, który ma zapewnić świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń, konieczne jest ujednolicenie jednostek sprawozdawczych w tych zakresach świadczeń, które będą służyć do wyliczenia wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia na dany okres rozliczeniowy.

Konieczność wprowadzenia ujednoliconych wartości punktowych jednostek rozliczeniowych pomiędzy leczeniem szpitalnym a ambulatoryjną opieką specjalistyczną, wynika z przepisów projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

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.

Zaimplementowano nowe taryfy dla świadczeń: przeszczepienie płuca, przeszczepienie komórek przytarczyc, wspomaganie serca pompami implantowalnymi, opublikowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Ponadto dokonano następujących zmian porządkowych:

- podzielono załącznik 1w na część a zawierającą świadczenia wysokospecjalistyczne i część b zawierającą hospitalizacje do tych świadczeń w celu umożliwienia włączenia hospitalizacji do świadczeń wysokospecjalistycznych do ryczału w ramach sieci szpitali,

- podzielono zakres Operacje wad serca i aorty piersiowej na zakresy dla dzieci i dorosłych w celu dostosowania do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.).

W roku 2017, w okresie obowiązywania zarządzenia, skutek finansowy wynikający z wprowadzenia zmiany wyceny punktu wobec nowelizowanego zarządzenia 58/2016/DSOZ Prezesa NFZ, szacowany jest, przy założeniu analogicznej struktury realizowanych świadczeń, na około 10 mln zł.

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 26 uwag, w tym 2 od Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii. Uwzględniono powtarzające się uwagi środowiska kardiologicznego o wyższych kosztach hospitalizacji pacjentów 80-letnich i starszych oraz o konieczności umożliwienia sumowania do hospitalizacji wybranych produktów realizowanych dotychczas w ramach leczenia szpitalnego.