

## **Uzasadnienie**

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Nr 80/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r.

Zmiany w ww. regulacji wynikają ze zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. poz. 1225, z późn. zm.) wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz.U. poz. 1121).

Proponowane zmiany polegają na wyłączeniu z ryczału wszystkich świadczeń realizowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz niektórych świadczeń udzielonych w ramach sieci kardiologicznej, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880), wyłącznie dla realizatorów programu pilotażowego.

Zgodnie z intencją ww. rozporządzenia oraz wytycznymi Ministra Zdrowia zmiany umożliwią wprowadzenie nielimitowanego finansowania świadczeń wyłączanych z ryczału systemu zabezpieczenia. Aktualnie takie finansowanie, w odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obejmuje tylko świadczenia diagnostyczne w zakresie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz niektóre porady specjalistyczne. Zatem bezlimitowe rozliczanie ma dotyczyć wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka

specjalistyczna, tj. zgodnie z rzeczywistym wykonaniem tych świadczeń, zarówno w zakresach podstawowych, jak i skojarzonych do nich oraz badaniach diagnostycznych kosztochłonnych. Rozliczanie zgodnie z rzeczywistym wykonaniem ma na celu wdrożenie rozwiązań umożliwiających zmotywowanie świadczeniodawców do poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Bezlimitowe rozliczanie ma również dotyczyć świadczeń udzielonych w ramach sieci kardiologicznej, o których mowa w § 13 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880), wyłącznie dla realizatorów pilotażu.

Wprowadzając powyższe, dokonano stosownych modyfikacji w treści zarządzenia oraz w załączniku nr 1.

Dodatkowo w załączniku nr 1 ujednolicono nazwy programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 32), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523).

Wyliczenie precyzyjnie rocznego skutku finansowego dla płatnika związanego z uwolnieniem limitów świadczeń realizowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w umowach PSZ, w oparciu o dane z realizacji świadczeń za 2020 r., tj. w okresie pandemii COVID-19 może być obarczone znacznym ryzykiem błędu, stąd do wyliczenia przyjęto strukturę realizacji świadczeń za 2019 r. zindeksowaną o zmianę wycen pomiędzy tymi okresami. Zakładając, iż w wyniku ustanowienia „bezlimitowości” wolumen realizowanych świadczeń zwiększy się o 5% będzie to wiązało się ze zwiększeniem wartości realizowanych świadczeń o ok. 130 mln zł, natomiast w przypadku wzrostu o ok. 10% ta kwota będzie wynosiła ok. 260 mln zł.

Natomiast kwota całkowitych kosztów pilotażu opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej została oszacowana na poziomie 35,6 mln zł. Wyłączenie z ryczałtu świadczeń udzielonych w ramach sieci kardiologicznej, o których mowa w § 13 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880), stanowi jeden z elementów kosztów i mieści się

w granicach oszacowanych środków na realizację pilotażu opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 lipca 2021 r.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.