

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2017 r.

**w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia  
odrębnego sposobu finansowania**

Na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 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.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania i rozliczanych odrębnie w ramach kwoty zobowiązania umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, o którym mowa w art. 95l ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

§ 2. Ustala się następujące świadczenia opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania:

- 1) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego, za wyjątkiem świadczeń wyodrębnionych zgodnie z pkt 2;
- 2) diagnostyka i leczenie onkologiczne w profilach, zakresach lub rodzajach, w których w dniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia świadczenia te były finansowane

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759 i 777.

w sposób wskazany w art. 136 ust. 2 ustawy, za wyjątkiem świadczeń uwzględnionych w pkt 6, 14 i 15;

3) świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej);

4) świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy;

5) świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami;

6) świadczenia szpitalne udzielane w ramach profili: brachyterapia, radioterapia, terapia izotopowa oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: brachyterapii, terapii izotopowej i teleradioterapii;

7) świadczenia szpitalne w zakresie ostrego zawału serca, za wyjątkiem świadczeń wyodrębnionych zgodnie z pkt 4;

8) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

9) świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2015 r. poz. 793, 1893 i 1991 oraz z 2017 r. poz. 767), z wyłączeniem przeszczepów będących świadczeniami wskazanymi w pkt 13;

10) świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;

11) świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, za wyjątkiem świadczeń wyodrębnionych zgodnie z pkt 4;

12) świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628);

13) świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy;

14) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy, w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych tymi programami;

15) świadczenia wykonywane w celu realizacji świadczeń przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy, w tym leki stosowane w chemioterapii określone w przepisach ustawy o refundacji;

16) świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy.

3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

**MINISTER ZDROWIA**

Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

*Handwritten signature*  
Maria Łaniewska  
radca prawny

WZ. DYREKTORA  
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
ZASTĘPCA DYREKTORA

*Handwritten signature*  
Tomasz Pawlega

*Handwritten signature*  
S. 011  
K. Borowicz

*Handwritten signature*  
Dziwulski

## UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie wydane, zgodnie z upoważnieniem zawartym w art. 136c ust. 6 pkt 2 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”, określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych odrębnie w ramach kwoty zobowiązania umów zawartych ze świadczeniodawcami w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), o którym mowa w art. 951 ustawy.

Wyodrębnienie świadczeń wskazanych w § 2 projektowanego rozporządzenia oznacza, że świadczenia te będą finansowane poza ryczałtem systemu zabezpieczenia, co jest niezbędne dla właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń.

Na podstawie obecnego projektu rozporządzenia oraz w ramach środków planowanych przez NFZ na finansowanie świadczeń w PSZ w IV kw. 2017 r., udział wartości świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu, w stosunku do całości kwoty wynikającej ze wszystkich umów PSZ, będzie kształtował się na poziomie ok. 46 %. Udział ten może istotnie się różnić w przypadku poszczególnych świadczeniodawców, np. jeżeli profil działalności świadczeniodawcy obejmuje przede wszystkim świadczenia wyodrębnione, odsetek ten będzie znacznie wyższy, i odwrotnie. W ramach świadczeń wyodrębnionych największy udział mają pozycje dotyczące: programów lekowych (ok. 18 %), świadczenia związane z porodem i opieką nad noworodkami (ok. 13 %), świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne (ok. 11 %).

Jak wynika z powyższego oraz OSR do przedmiotowego rozporządzenia na liście znajdują się świadczenia kosztochłonne. Ponadto część wyodrębnionych świadczeń zapewnia kompleksową opiekę, ma osobny zakres w planie finansowym (chemioterapia, programy lekowe), czy też źródło finansowania poszczególnych zakresów świadczeń określają odrębne regulacje. Wykaz wyodrębnionych świadczeń obejmuje również zakresy świadczeń, co do których istnieje duża oferta podmiotów realizujących dane świadczenia (zabiegi usunięcia żączy, endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego). Wykaz obejmują obecnie również świadczenia, które są nielimitowane.

Należy podkreślić iż część wykazanych procedur to świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

W związku z powyższym istnieje konieczność wyodrębnienia świadczeń wykazanych w § 2. do odrębnego rozliczenia w ramach kwoty zobowiązania.

Proponuje się wejście w życie projektowanych regulacji po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Kwestie regulowane w projektowanym rozporządzeniu nie są objęte prawem Unii Europejskiej. Projekt nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.). W związku z tym nie podlega notyfikacji.

WZ. DYREKTORA  
Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego  
ZASTĘPCA DYREKTORA

*[Signature]*  
Przewodnicząca

*Ziobal*