

ZARZĄDZENIE Nr 31/2015/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 24 czerwca 2015 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 72/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) **rozporządzenie wysokospecjalistyczne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz. 1445 oraz z 2015 r. poz. 707);”;
- 2) w § 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Przedmiotem umowy, o której mowa w § 1 jest realizacja:
 - 1) świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w **załączniku nr 1w** do zarządzenia, finansowanych w szczególności z dotacji z budżetu państwa, zgodnie z ustawą o świadczeniach;
 - 2) świadczeń dodatkowych udzielanych świadczeniobiorcom poza okresem finansowania z dotacji z budżetu państwa, określonych w **załączniku nr 1z** do zarządzenia.”;
- 3) w § 12 ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:
„6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:
 - 1) zakresu świadczeń adekwatnego do łącznej sumy osobodni pobytu pacjenta związanego z procedurą wysokospecjalistyczną niezależnie od oddziału

hospitalizującego, w tym innego niż miejsce udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych wynikającego z umowy;

2) świadczenia z Katalogu świadczeń wysokospecjalistycznych, stanowiącego załącznik nr 1w do zarządzenia.

7. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z katalogów stanowiących **załączniki nr 1w i 1z** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.”;

4) § 14 otrzymuje brzmienie:

„§ 14. 1. Kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację następujących świadczeń, określonych w **załączniku nr 1w** do zarządzenia, a także odpowiednio świadczeń dodatkowych określonych w **załączniku nr 1z** do zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach:

- 1) ablacja wideotorakoskopowa - 5.54.01.0000030 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁷;
- 2) operacje wad wrodzonych serca i naczyń < 1 r.ż. - 5.54.01.0000041 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁸;
- 3) operacje wad serca i aorty piersiowej > 17 r.ż.:
 - a) 5.54.01.0000051 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹ > 17 r.ż.,
 - b) 5.54.01.0000052 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹ z IZW > 17 r.ż.;
- 4) operacje wad serca i aorty piersiowej < 18 r.ż.:
 - a) 5.54.01.0000055 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹ < 18 r.ż.,
 - b) 5.54.01.0000056 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹ z IZW < 18 r.ż.;
- 5) wszczepianie zastawek serca:
 - a) 5.54.01.0000060 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹⁰,
 - b) 5.54.01.0000061 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹⁰ z powikłaniami i chorobami współistniejącymi;
- 6) kardiologiczne zabiegi interwencyjne < 18 r.ż.:
 - a) 5.54.01.0000064 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹¹,
 - b) 5.54.01.0000065 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹¹ z powikłaniami lub < 1 r.ż.”;

5) dodaje się § 14a i 14b w brzmieniu:

„§ 14a. 1. Finansowanie świadczeń intensywnej terapii, realizowanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii albo anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci spełniających warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określone w przepisach odrębnych, odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, określoną w **załączniku nr 6a** do zarządzenia.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, dotyczą wyłącznie hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego, finansowanej ze środków Funduszu.

3. W prowadzonej w OAiIT dokumentacji medycznej, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci. Wzór karty, o której mowa w zd. pierwszym jest określony w **załączniku nr 6b** do zarządzenia. Wypełnione karty, dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale, archiwizuje się w dokumentacji medycznej pacjenta.

4. Ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, przeprowadzana jest codziennie.

5. Do odrębnego rozliczenia kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu w OAiIT osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS - 28 dla dzieci.

6. Dzień przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dzień jego zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym pacjent osiągnął wyższą punktację w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci.

§ 14b. W sytuacji udzielania i rozliczania świadczeń: żywienie dojelitowe, żywienie pozajelitowe, określonych w załączniku nr 1z do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie z wzorami określonymi w załącznikach nr 7a-7g do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy załączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.”;

6) w § 15:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W sytuacji udzielenia przez świadczeniodawcę:

- 1) świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia, lub
- 2) podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu, lub
- 3) podczas jednej hospitalizacji więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów, wraz z zastosowanymi podwariantami, lub

- 4) świadczeń w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego oraz wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza kwotę 10 000 zł, lub
- 5) świadczenia wysokospecjalistycznego, które nie zostało ujęte w załączniku nr 1w do zarządzenia, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia wysokospecjalistycznego, lub
- 6) podczas jednej hospitalizacji świadczenia wysokospecjalistycznego oraz świadczenia nie będącego świadczeniem wysokospecjalistycznym, polegających na przeszczepieniu narządów

- rozliczenia można dokonać z zastosowaniem produktu rozliczeniowego:

Rozliczenie za zgodą płatnika, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu na ten sposób jego rozliczenia, z uwzględnieniem podziału na produkty rozliczeniowe:

- 5.54.01.0000005 rozliczenie za zgodą płatnika - środki budżetowe, lub
- 5.54.01.0000066 rozliczenie za zgodą płatnika - środki Funduszu, lub
- 5.54.01.0000067 rozliczenie za zgodą płatnika - przeszczepienie serca - środki budżetowe, lub
- 5.54.01.0000068 rozliczenie za zgodą płatnika - wspomaganie serca - środki budżetowe.”,

b) w ust. 2 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) rozliczenie świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 4-6 odbywa się na podstawie specyfikacji kosztowej;

3) w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 kolejny wariant w ramach tego samego zakresu świadczeń, lub kolejne świadczenie, finansowane jest na poziomie 60% wartości wariantu, wraz z zastosowanymi podwariantami;”;

7) w § 16:

a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a i 1b w brzmieniu:

„1a) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń z katalogu świadczeń dodatkowych, stanowiącego **załącznik nr 1z** do zarządzenia, wyłącznie ze świadczeniami, o których mowa w § 14, z zastrzeżeniem pkt 1b;

1b) w przypadku rozliczenia, o którym mowa w pkt 1a, świadczenia określone w lp. 1–4 katalogu świadczeń dodatkowych, rozliczane są alternatywnie do świadczeń określonych w lp. 18 – 138;”;

b) po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) za krotkość osobodni do rozliczenia przyjmuje się liczbę dni pobytu pomniejszoną o czas trwania świadczenia wysokospecjalistycznego oraz o liczbę dni rozliczanych na podstawie skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci, z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego;”,

c) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę podczas jednej hospitalizacji świadczeń wysokospecjalistycznych z więcej niż jednego zakresu świadczeń stanowiących przedmiot umowy, dopuszcza się łączne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych z różnych zakresów na zasadach określonych w zarządzeniu. W sytuacji, o której mowa w zd. pierwszym, rozliczeniu podlega wyłącznie jedna hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego;”,

d) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do zarządzenia, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy małoletniemu w ramach zakresu świadczeń dla dorosłych lub dorosłemu w ramach zakresu świadczeń na rzecz dzieci;”;

- 8) załącznik nr 1w do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 9) dodaje się **załącznik nr 1z** do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załączniki nr 3-5a do zarządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 3-6 do niniejszego zarządzenia;
- 11) dodaje się **załączniki nr 6a** i 6b do zarządzenia w brzmieniu określonym odpowiednio w załącznikach nr 7 i 8 do niniejszego zarządzenia;
- 12) dodaje się **załączniki nr 7a – 7g** do zarządzenia w brzmieniu określonym odpowiednio w załącznikach nr 9 – 15 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia zmian wynikających z wejścia w życie niniejszego zarządzenia, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem:

- 1) § 1 pkt 6:
 - a) lit. a w zakresie ust. 1 pkt 5 i tiret czwartego - „5.54.01.0000068 - rozliczenie za zgodą płatnika - wspomaganie serca - środki budżetowe”,
 - b) lit. b w zakresie ust. 2 pkt 2;
- 2) załącznika nr 1 lp. 17a kod produktu 5.54.01.0000068;
- 3) załącznika nr 3 w poz. 2.1.2. część B, w poz. 2.1.3. część B, w poz. 2.1.4. część B, w poz. 2.1.5. część B oraz w poz. 2.2.3. część B, z zastrzeżeniem pkt 8;
- 4) załącznika nr 4 w części „Opis przedmiotu umowy - Mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami”;
- 5) załączników nr 5 i 6
 - w odniesieniu do zakresu świadczeń nr: 03.4656.033.02 określonego w załączniku nr 1w do zarządzenia, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2015 r.;
- 6) § 1 pkt 2-5, 7 lit. a i b, 8-11, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2015 r., z zastrzeżeniem pkt 7;
- 7) § 1 pkt 2-5, 7 lit. a i b, 8-11 w odniesieniu do zakresów świadczeń nr: 03.4657.033.02 i 03.4602.033.02 określonych w załączniku nr 1w do zarządzenia, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2015 r.;
- 8) poz. 2.1.5. część B pkt 3 załącznika nr 3, który wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2016 r.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Tadeusz Jędrzejczyk