

ZARZĄDZENIE Nr 90/2012/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 11 grudnia 2012 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzanie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne

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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Nr 87/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 listopada 2011 r., zarządzeniem Nr 90/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2011 r., zarządzeniem Nr 11/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2012 r., zarządzeniem Nr 23/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2012 r., zarządzeniem Nr 39/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2012 r., zarządzeniem Nr 48/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2012 r., zarządzeniem Nr 49/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 62/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 października 2012 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887 i Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123 i poz. 476.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

„12) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾);”;

2) w § 9:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą jest obowiązany do dokonania zmian wpisów w rejestrze, nadanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.), zgodnie z art. 217 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W przypadku oddziałów szpitalnych specjalizujących się w realizacji świadczeń z więcej niż jednej dziedziny medycyny stanowiących przedmiot kontraktowania, podstawowym zakresem dziedziny medycyny będącym przedmiotem kontraktowania jest zakres zgodny ze specjalnością komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego scharakteryzowanej kodem stanowiącym część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.”,

c) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Z zastrzeżeniem § 9 ust. 2, kontraktowanie neonatologii jako kolejnego zakresu może odbywać się wyłącznie w oddziałach szpitalnych związanych z opieką nad matką i dzieckiem, oznaczonych następującymi resortowymi kodami identyfikacyjnymi: 4401, 4403, 4450, 4456, 4458.”;

3) w § 13 w ust. 3 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.);

2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej – MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012, poz. 591);”;

4) w § 14:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku udzielania i rozliczania świadczeń takich jak: żywienie dojelitowe,

żywienie pozajelitowe, wymienionych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 6a – 6f** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy załączyć do historii choroby.”,

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W przypadku udzielania świadczeń: nr 5.52.01.0001495 Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria II z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia oraz nr 5.53.01.0001508 Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria II z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca w celu rozliczenia świadczenia obowiązany jest do przedłożenia szczegółowej specyfikacji kosztowej, z uwzględnieniem specyfikacji kosztów związanych z kosztami zespołu lekarsko – pielęgniarskiego innego świadczeniodawcy.”;

5) w § 22:

a) w ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) w przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu, z wnioskiem, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do obowiązującego zarządzenia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych, w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia jego realizacji, celem uzyskania zgody na sfinansowanie procesu terapeutycznego w sposób wskazany we wniosku.”,

b) w ust. 5:

– pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3) zgodę na indywidualne rozliczenie świadczenia, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, w terminie 15 dni roboczych od dnia otrzymania kompletnego wniosku albo od dnia przekazania uzupełnionego wniosku, o którym mowa w pkt 4, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów oraz zgodnie z obowiązującym zarządzeniem w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych;

4) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest obowiązany do jego uzupełnienia w ciągu 7 dni roboczych od dnia otrzymania zawiadomienia o konieczności jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody

na ten sposób rozliczenia, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania;”,

– po pkt 4 dodaje się pkt 4a i 4b w brzmieniu:

„4a) niewyrażenie przez dyrektora Oddziału Funduszu zgody na realizację wniosku wymaga uzasadnienia;

4b) w przypadku braku zgody dyrektora Oddziału Funduszu, świadczeniodawca może skierować wniosek o ponowne jego rozpatrzenie, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania odmowy realizacji wniosku, z wyjątkiem sytuacji, gdy odmowa nastąpiła z powodu uchybienia terminu lub innych uchybień formalnych wniosku, leżących po stronie świadczeniodawcy;”,

- pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) od rozstrzygnięcia dyrektora Oddziału Funduszu wydanego w wyniku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 4b, odwołanie nie przysługuje;”,

– pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) świadczenie stanowiące przedmiot wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu na indywidualne rozliczenie wykazuje się do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym;”,

– pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację związaną z ich wydawaniem, uwzględniającą zakres danych wskazany we wnioskach, w tym rejestr zgód oraz dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji wniosków.”;

6) w § 23:

a) pkt 4 i 5 otrzymują brzmienie:

„4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia albo świadczeń z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia albo świadczeń z katalogu radioterapii, stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia, ze świadczeniami w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zawartymi w katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, o ile w katalogu grup stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia nie określono inaczej, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych i w trybie hospitalizacji, z zastrzeżeniem pkt 5;

5) łączne rozliczenie świadczenia nr 5.10.00.0000052 – hemodializoterapia z katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie z grupami lub świadczeniami z katalogów stanowiących **załączniki nr 1a – 1d** do zarządzenia,

dopuszczalne jest w przypadku świadczeniobiorców kwalifikowanych lub objętych programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego oraz świadczeniobiorców z ostrym ubytkiem filtracji kłębuszkowej wymagających czasowego stosowania programu hemodializy;”

b) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń z innymi rodzajami, z wyjątkiem świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;”

c) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) w przypadkach, o których mowa w pkt 11, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu z wnioskiem, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do obowiązującego zarządzenia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych, w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia udzielonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;”

d) po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:

„12a) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 12 wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, na zasadach i w terminie określonym w § 22 ust. 5 pkt 3;”

- 7) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 8) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 9) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załącznik nr 1d do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 11) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 12) w załączniku nr 4a w pkt **1. Czynności podstawowe** lit. c i d otrzymują brzmienie:

„c) Pojedynczy lek - 2 pkt.

Podanie 1 leku każdą drogą (wlew elektrolitu bez dodatku leków lub immunoglobulin nie wlicza się do punktacji).

d) Wiele leków - 3 pkt.

Podanie więcej niż 1 leku – nie dotyczy immunoglobulin (punktacja 1d wyklucza 1c).

Zaliczenie tego punktu nie wyklucza uzyskania dalszych punktów: leki wazoaktywne, wymuszona diureza.”;

- 13) załącznik nr 6a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 14) załącznik nr 6b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 15) załącznik nr 6c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 16) załącznik nr 6d do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 17) załącznik nr 6e do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 18) załącznik nr 6f do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 19) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. W zarządzeniu Nr 11/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Nr 37/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz zarządzeniem Nr 88/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2012 r. w § 1, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w pkt 1 uchyla się lit. b;
- 2) w załączniku nr 1 do zarządzenia w l.p. 390-392, 506 treść kolumny 12 otrzymuje brzmienie:

”

390	1) warunki określone w zał. nr 3; 2) zgodnie z opisem świadczenia (zał. nr 12); 3) nie można łączyć z innymi świadczeniami z wyłączeniem: a) świadczeń 5.53.01.0001496, 5.53.01.0001497 i 5.53.01.0001498, b) pozostałych świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania po upływie liczby dni finansowanych grupa; 4) nie można łączyć ze świadczeniem 5.10.00.0000052 hemodializa z katalogu świadczeń odrębnie kontraktowanych oraz ze świadczeniem 5.53.01.0001478 z katalogu świadczeń do sumowania.
-----	---

§ 1 pkt 5, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2013 r.

2. Przepis § 2 wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 8 grudnia 2012 r.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Agnieszka Pachciarz