

ZARZĄDZENIE Nr 69/2017/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 10 sierpnia 2017 r.

**w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego
zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 136c ust. 5 w związku z art. 159a 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.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne - określone w załączniku nr 1 część b do zarządzenia AOS, o którym mowa w pkt 26 wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach lub zakładach diagnostycznych;
- 2) **chemioterapia** – świadczenie, w trakcie którego podawane są produkty lecznicze wymienione w katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii, stanowiącym załącznik nr 1n do zarządzenia w zakresie chemioterapii oraz substancje czynne wymienione w katalogu świadczeń dodatkowych, stanowiącym załącznik nr 1t do zarządzenia w zakresie chemioterapii;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **karta DILO** – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz Dz. U. z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1386 i 1428.

w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 5) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 6) **OWU** – Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 7) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 8) **program lekowy** - świadczenie gwarantowane, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach;
- 9) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 11) **rozporządzenie PSZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach;
- 12) **rozporządzenie o wykazie świadczeń rozliczanych odrębnie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach;
- 13) **rozporządzenie o ryczałcie PSZ na pierwszy okres rozliczeniowy** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844);
- 14) **rozporządzenie o ryczałcie PSZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach;
- 15) **rozporządzenie AOS** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 16) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży,

fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

- 17)**rozporządzenie o programach** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 18)**rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 19)**rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 20)**rozporządzenie wysokospecjalistyczne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, wydane na podstawie art. 31d ustawy;
- 21)**rozporządzenie POZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 22)**ryczałt PSZ** – ryczałt systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach, stanowiący kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określoną w umowie zawieranej w ramach PSZ;
- 23)**ustawa refundacyjna** – ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2016 r. poz. 1536, 1579 oraz z 2017 r. poz. 1200);
- 24)**współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w OWU;
- 25)**zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w OWU;
- 26)**zarządzenie AOS** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 27)**zarządzenie wysokospecjalistyczne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 28)**zarządzenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia

warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – hospitalizacja, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

29)**zarządzenie rehabilitacyjne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

30)**zarządzenie SOK** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

31)**zarządzenie o świadczeniach kompleksowych** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

32)**zarządzenie chemioterapii** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

33)**zarządzenie w zakresie programów lekowych** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

34)**zarządzenie SOR/IP** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

35)**zarządzenie NiŚOZ** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

36)**zarządzenie „N”** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach zarządzeń, o których mowa w ust. 1 pkt 27–36, oraz w przepisach

odrębnych, w szczególności w OWU.

Rozdział 2

Przedmiot umowy

§ 3. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej w ramach PSZ, o której mowa w § 1, zwanej dalej „umową”, jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w PSZ.

§ 4. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności we właściwych przepisach wydanych na podstawie art. 31d, art. 95m ust. 12 oraz art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

5. Wykaz objętych umową PSZ zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących profile PSZ, oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń, stanowi plan rzeczowo-finansowy, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

6. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

7. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

8. Świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców i współrealizatorów, o których mowa w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych. Wzór „Wykazu współrealizatorów” określony jest w **załączniku nr 4** do umowy.

9. Świadczenia mogą być udzielane przez podwykonawcę spełniającego warunki odpowiednio, określone w rozporządzeniach, o których mowa w § 2 pkt 15-21 oraz w przepisach odrębnych.

10. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie

wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

11. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń objętych kontrolą (w szczególności podwykonawców) oraz o jej wynikach.

12. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

Rozdział 3

Zasady udzielania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ

§ 5. 1. Wartość ryczałtu PSZ na pierwszy okres rozliczeniowy wyliczana jest zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Wartość ryczałtu PSZ na drugi i kolejne okresy rozliczeniowe wyliczana jest zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ryczałtem PSZ są sprawozdawane na zasadach określonych w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.

4. Do wyliczenia wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się świadczenia prawidłowo sprawozdane.

5. Wyliczenie wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w ust. 2, na kolejny okres rozliczeniowy następuje w terminie 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 6. O wartości ryczałtu wyliczonej w sposób, o którym mowa w zdaniu pierwszym, dyrektor Oddziału Funduszu informuje świadczeniodawcę za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych przez Fundusz.

6. Do czasu wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu PSZ, o której mowa w ust. 5, stosuje się ryczałt w wysokości obowiązującej w poprzednim okresie rozliczeniowym, z uwzględnieniem długości okresów rozliczeniowych. Ryczałt, o którym mowa w ust. 5, obowiązuje od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego.

7. W przypadku wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu PSZ, o której mowa w ust. 5, skutki tej zmiany uwzględnia się począwszy od okresu

sprawozdawczego, w którym dokonano zmiany.

§ 6. 1. Świadczenia realizowane w profilach systemu zabezpieczenia określonych w rozporządzeniu PSZ obejmują hospitalizacje udzielane w oddziałach szpitalnych.

2. Dopuszcza się zlecanie podwykonawcy realizacji jedynie części świadczeń udzielanych w ramach danego profilu systemu zabezpieczenia.

§ 7. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń udzielonych w ramach hospitalizacji finansowanych ryczałtem PSZ (w tym świadczeń, o których mowa w § 22 i 23 zarządzenia szpitalnego) odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu szpitalnym.

2. Zasady łącznego sprawozdawania świadczeń z różnych rodzajów świadczeń są określone w: zarządzeniu szpitalnym, zarządzeniu wysokospecjalistycznym, zarządzeniu AOS, zarządzeniu SOK, zarządzeniu rehabilitacyjnym, zarządzeniu w zakresie chemioterapii, zarządzeniu w zakresie programów lekowych oraz w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych.

3. Jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobyków w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup albo odpowiednio z katalogu produktów odrębnych nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te sprawozdawane są jako jedno świadczenie.

4. Produkty jednostkowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w **załącznikach nr 1a - 1c i 1ts** do zarządzenia szpitalnego.

§ 8. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie hospitalizacji do świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych ryczałtem PSZ odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu wysokospecjalistycznym.

2. Produkty jednostkowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w **części b załącznika nr 1w** i w **załączniku 1z** do zarządzenia wysokospecjalistycznego.

§ 9. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych ryczałtem PSZ obejmujących: świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, porady receptowe, świadczenia pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenia odrębne odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu AOS.

2. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń,

o których mowa w ust. 1, określone są odpowiednio w **załączniku** nr 1a, 5a i 5b do zarządzenia AOS.

3. Przy udzielaniu porad o kodzie: 5.05.00.0000060, określonych w załączniku nr 5b do zarządzenia AOS, świadczeniodawca przed pobraniem skryningowego rozmazu cytologicznego obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi w tym załączniku, z wykorzystaniem Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

§ 10. 1. Czas pracy poradni przyszpitalnej obejmuje co najmniej 3 dni w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 12 godzin tygodniowo (łącznie).

2. Przez czas pracy poradni przyszpitalnej rozumie się czas pracy lekarza, logopedy lub ortoptysty, udzielającego świadczeń.

3. W sytuacji braku możliwości zapewnienia dostępności do świadczeń w poszczególnych poradniach przyszpitalnych, dyrektor Oddziału Funduszu na wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na skrócenie czasu pracy poradni, o którym mowa w ust. 1.

§ 11. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych finansowanych ryczałtem PSZ odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu SOK.

2. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia SOK.

§ 12. 1. Świadczenia, o którym mowa w § 7-11 finansowane są ryczałtem PSZ, za wyjątkiem świadczeń wymienionych w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.

2. Należność z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi część kwoty zobowiązania stanowiącego iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania.

3. W przypadku zmiany wysokości ryczałtu PSZ w trakcie okresu rozliczeniowego skutki tej zmiany uwzględnia się w rachunku za okres sprawozdawczy, w którym dokonano zmiany.

4. Należność, o której mowa w ust. 2, obejmuje koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy o świadczeniach.

Rozdział 4

Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania

§ 13. Świadczenia opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania, zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanymi na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz sposób ich sprawozdawania i rozliczania są określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 14. 1. W celu sfinansowania świadczeń obejmujących:

- 1) diagnostykę i leczenie onkologiczne udzielanych na podstawie karty DILO,
 - 2) świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami,
 - 3) świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca, z wyłączeniem świadczeń opieki kompleksowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach,
 - 4) świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia 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 2017 r. poz. 1000), z wyłączeniem przeszczepów będących świadczeniami wysokospecjalistycznymi, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach,
 - 5) kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),
 - 6) koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)
- ustala się w umowie odrębne kwoty zobowiązania, wraz ze wskazaniem liczby jednostek rozliczeniowych i ich cen.

2. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

3. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, obejmuje łącznie wszystkie świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które mogą być realizowane przez szpital PSZ na określonym poziomie i zgodnie z przepisami art. 32a ustawy o świadczeniach oraz przepisami rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia wydanych na podstawie art. 31d tej

ustawy.

4. Kwota, o której mowa ust. 3, nie obejmuje finansowania chemioterapii, radioterapii paliatywnej i programów lekowych, w tym udzielanych na podstawie karty DILO.

§ 15. 1. W zakresach świadczeń diagnostyki onkologicznej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, realizowanych poza pakietem onkologicznym, określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia, sprawozdawane i rozliczane są świadczenia z jednostką chorobową według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D44, D45, D46, D47.0-D47.7, D47.9, D48, D75.2, D76.0.

2. W zakresach świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego w rodzaju leczenie szpitalne, realizowanych poza pakietem onkologicznym określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia, sprawozdawane i rozliczane są świadczenia z jednostką chorobową według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

§ 16. 1. W celu objęcia umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca spełniający warunki wymagane do ich realizacji, określone w przepisach rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanych na podstawie art. 31d i art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach oraz w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych, składa w terminie do 30 dnia przed rozpoczęciem okresu rozliczeniowego wniosek do dyrektora Oddziału Funduszu zgodny ze wzorem określonym przez Fundusz.

2. Oddział Funduszu w terminie 7 dni od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, weryfikuje spełnienie przez świadczeniodawcę warunków wymaganych do realizacji świadczeń opieki kompleksowej.

3. W przypadku spełnienia przez świadczeniodawcę warunków wymaganych do realizacji świadczeń opieki kompleksowej dyrektor Oddziału Funduszu na podstawie art. 95n ust. 14 pkt 3 ustawy o świadczeniach dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1 tej ustawy. Zmieniony wykaz obowiązuje od pierwszego dnia kolejnego okresu rozliczeniowego.

Rozdział 5

Postanowienia końcowe

§ 17. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, z wyjątkiem sytuacji określonych w odrębnych przepisach.

2. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

4. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wnioski w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4 z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w **§ 5 ust. 4 załącznika nr 2** do zarządzenia.

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 18. Zmiana zakresu przedmiotowego świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ w trakcie okresu rozliczeniowego, skutkująca ograniczeniem dostępności do świadczeń, nie może naruszyć zakresu działalności określonego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy.

§ 19. 1. Propozycje kwot zobowiązań na pierwszy okres rozliczeniowy w zakresach świadczeń, które podlegają odrębnemu finansowaniu oraz kwotę ryczałtu PSZ dyrektor Oddziału Funduszu przedstawia świadczeniodawcy w terminie do dnia 31 sierpnia 2017 r. Przedstawienie propozycji kwoty zobowiązania w terminie późniejszym niż określony w zdaniu pierwszym, wymaga zgody Prezesa Funduszu.

2. Kwoty zobowiązań w zakresach świadczeń w umowie PSZ na pierwszy okres rozliczeniowy są ustalane w terminie do dnia 15 września 2017 r., chyba że strony

postanowią inaczej.

§ 20. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia i stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2017 r.

**Z up. Prezesa
Narodowego Fundusz Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Finansowych**

Maciej Miłkowski