

ZARZĄDZENIE Nr 73/2017/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 22 sierpnia 2017 r.

**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 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:

§ 1. W zarządzeniu Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., zarządzeniem Nr 102/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2016 r., zarządzeniem Nr 117/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2016 r., zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r., zarządzeniem Nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 57/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 5 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Produkty jednostkowe dedykowane do rozliczania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń są określone w:

- 1) katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia;
- 2) katalogu produktów odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 1b** do zarządzenia;
- 3) katalogu produktów do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do zarządzenia;
- 4) katalogu radioterapii, stanowiącym **załącznik nr 1d** do zarządzenia;

1) 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, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1386 i 1428.

- 5) katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, stanowiącym **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.”;
- 2) w § 11 ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:
- „6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia, według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogów, stanowiących **załączniki nr 1b-1d i nr 1ts** do zarządzenia.
7. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub produktom z odpowiednich katalogów stanowiących **załączniki 1a-1d i 1ts** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.”;
- 3) w § 13:
- a) w ust.1:
- pkt 9 otrzymuje brzmienie:
- „9) Neonatologia:
- a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
- b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
- c) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- d) N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki,
- e) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- f) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru,
- g) N26 – Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym;”,
- pkt 11 otrzymuje brzmienie:
- „11) Okulistyka:
- a) B18 Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki,
- b) B19 Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;”,
- po pkt 18 dodaje się pkt 19-21 w brzmieniu:
- „19) Kardiochirurgia (obejmuje świadczenia związane z leczeniem ostrego zawału serca):

- a) E04 - Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką,
- b) E05 - Pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z pw,
- c) E06 - Pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez pw,
- d) E07 - Pomostowanie naczyń wieńcowych > 75 r.ż. i > 16 dni;

20) Hematologia:

- a) S11 Okołoourazowe lub okołozabiegowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny II),
- b) S12 Okołoourazowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny I i II);

21) Onkologia i hematologia dziecięca:

- a) S11 Okołoourazowe lub okołozabiegowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny II),
- b) S12 Okołoourazowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny I i II);”

b) w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) Neonatologia:

- a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
- b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
- c) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- d) N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki,
- e) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- f) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru,
- g) N26 – Noworodek wymagający intensywnej terapii z zabiegiem chirurgicznym;”

c) po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Kwoty zobowiązania w odniesieniu do zakresów, o których mowa w ust. 1-3, obejmują również świadczenia finansowane w ramach produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z właściwymi grupami wymienionymi w tych zakresach, określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia.”;

4) w § 15:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się w ramach produktów z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielonych w OAiT, stanowiącym **załącznik nr 1ts** do zarządzenia, niezależnie od finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w katalogach stanowiących **załączniki nr 1a–1d** do zarządzenia, z wyjątkiem świadczeń, dla których w tych

katalogach określono inaczej, z zastrzeżeniem ust. 5.”,

b) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia w OAiIT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia finansowane w ramach grup z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** albo produktów z katalogu produktów odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się przez produkty z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia, zawierającego transformację poszczególnych ocen w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci na liczbę punktów transformowanych wraz z odpowiadającą im wartością punktową.

9. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiIT, lub objętych koordynowaną opieką dla kobiet w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt nr 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub produkt nr 5.52.01.0001506 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z katalogu produktów odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia oraz, ewentualnie łącznego rozliczenia innych produktów dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia. Niezależnie od powyższego, do rozliczenia wykazuje się odrębnie dla każdego dnia pobytu produkty związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.”;

5) w § 17 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Niezależnie od wykazania do rozliczenia grupy o najwyższej wartości punktowej, o której mowa w ust. 2, skorygowanej odpowiednim wskaźnikiem, dopuszcza się wykazanie do rozliczenia produktów z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, w tym produktów dedykowanych do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, określonych w **załączniku nr 1ts**.”;

6) w § 18 po ust. 7 dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny (z wyłączeniem JGP: Q22, Q23 oraz Q24), wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona dla trybu hospitalizacja) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.”;

7) w § 20 ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W sytuacji rozliczania świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna, finansowanego w ramach produktu nr 5.53.01.0001499 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) udokumentowania przeprowadzenia oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny (dotyczy świadczeniodawców realizujących świadczenia na podstawie § 6a rozporządzenia, którzy nie dysponują oddziałem geriatrycznym ani poradnią geriatryczną);
- 2) udokumentowania kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13 stanowiącej **załącznik nr 11a** do zarządzenia;
- 3) prowadzenia dokumentacji dodatkowej – Karty całościowej oceny geriatrycznej, której wzór określony jest w **załączniku nr 11b** do zarządzenia.”;

8) w § 23 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami albo produktami w przypadkach uzasadnionych medycznie, o ile w katalogu produktów do sumowania, określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia i katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, określonym w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia, dopuszczono taką możliwość.”;

9) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

10) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

11) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;

- 12) dodaje się załącznik nr 1ts do zarządzenia, który otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 14) załącznik 3b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 15) załącznik nr 4a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 16) załącznik nr 4b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 17) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 18) część VI załącznika nr 10 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 19) załącznik nr 11b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

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

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r., z wyjątkiem:

- 1) lp. 69 załącznika nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 2) lp. 80 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia

- które wchodzi w życie z mocą od dnia 23 lipca 2017 r.

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych**

Andrzej Jacyna