

ZARZĄDZENIE NR 25/2018/DGL
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 21 marca 2018 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji
umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz w związku z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 125/2017/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe, zmienionym zarządzeniem Nr 3/2018/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 stycznia 2018 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 6 ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6. W przypadkach, w których wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia wprowadzają możliwość realizacji świadczeń na:

- 1) całodobowym oddziale szpitalnym oraz w poradni specjalistycznej albo
 - 2) całodobowym oddziale szpitalnym i na oddziale leczenia jednego dnia, albo
 - 3) całodobowym oddziale szpitalnym i na oddziale leczenia jednego dnia oraz w poradni specjalistycznej
- czas pracy personelu ustalany i weryfikowany jest łącznie dla wskazanych miejsc udzielania świadczeń.

7. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w:

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107 i 138.

- 1) poradni specjalistycznej albo
 - 2) oddziale leczenia jednego dnia, albo
 - 3) poradni specjalistycznej i oddziale leczenia jednego dnia
- wymóg dotyczący czasu pracy personelu uważa się za spełniony, jeżeli godziny pracy personelu są dostosowane do harmonogramu pracy miejsca udzielania świadczeń lub został spełniony warunek dotyczący minimalnego czasu pracy personelu określony w załączniku nr 3 do zarządzenia.”;
- 2) w § 8 pkt 4 otrzymuje brzmienie:
- „4) współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania zespołowi koordynacyjnemu dokumentów wymaganych zgodnie z załącznikami nr 6-14 oraz 18 do zarządzenia, jeżeli opis programu przewiduje funkcjonowanie takiego zespołu;”;
- 3) w § 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. W przypadku, gdy opis programu lekowego przewiduje funkcjonowanie zespołu koordynacyjnego ostateczna kwalifikacja świadczeniobiorcy do tego programu dokonywana jest zgodnie z zasadami określonymi w załącznikach nr 6-14 oraz 18 do zarządzenia.”;
- 4) § 18 otrzymuje brzmienie:
- „§ 18. Oznaczenie powołanych zespołów koordynacyjnych i zakres ich działania określają załączniki nr 6-14 oraz 18 do zarządzenia.”;
- 5) w § 24 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Przepis ust. 1 stosuje się w przypadku, gdy:
- 1) całkowity koszt terapii danego pacjenta lekami finansowanymi w programie lekowym „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową” nie przekroczył 15 000 zł lub
 - 2) terapia dotyczy leczenia pacjentów ze zwłóknieniem wątroby sklasyfikowanym jako F3 lub F4.”;
- 6) po § 24 dodaje się § 24a - 24c w brzmieniu:
- „**§ 24a.** 1. W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B”, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu

ryczałtów dla świadczenia o kodzie 5.08.08.0000004 „Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B adefowirem lub entekawirem, lub tenofowirem” korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,2.

2. Przepis ust. 1 stosuje się w przypadku, gdy u danego świadczeniodawcy w danym miesiącu średni koszt rozliczenia jednego miligrama substancji czynnej:

- 1) adefowir jest mniejszy niż 0,6667 zł albo
- 2) entekawir jest mniejszy niż 6,6667 zł, albo
- 3) tenofowir jest mniejszy niż 0,0272 zł

- do rozliczenia ułamkowej części produktu, o którym mowa w ust. 1, proporcjonalnej do liczby miesięcy w danym roku, w których spełniony jest warunek, o którym mowa w pkt 1-3.

3. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, może zostać zastosowany wyłącznie w odniesieniu do produktu rozliczeniowego, o którym mowa w ust. 1, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa w ust. 2, spełniająca warunek kosztowy tam określony.

§ 24b. 1. W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie programu lekowego „Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego”, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu ryczałtów dla świadczenia o kodzie 5.08.08.0000038 „Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego” korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,17.

2. W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie programu lekowego „Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem”, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu ryczałtów dla świadczenia o kodzie 5.08.08.0000076 „Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem,

epoprostenolem i macytentanem” korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,17.

3. Przepis ust. 1 stosuje się do rozliczenia ułamkowej części produktu, o którym mowa w ust. 1, proporcjonalnej do liczby miesięcy w danym roku, w których u danego świadczeniodawcy średni koszt rozliczenia jednego miligrama substancji czynnej bosentan jest mniejszy niż 0,1143 zł.

4. Przepis ust. 2 stosuje się do rozliczenia ułamkowej części produktu, o którym mowa w ust. 2, proporcjonalnej do liczby miesięcy w danym roku, w których u danego świadczeniodawcy średni koszt rozliczenia jednego miligrama substancji czynnej sildenafil zawartej w leku o stałej doustnej postaci farmaceutycznej jest mniejszy niż 0,2778 zł.

5. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1 albo 2, może zostać zastosowany wyłącznie w odniesieniu do produktu rozliczeniowego, o którym mowa odpowiednio w ust. 1 albo 2, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa w ust. 3 albo 4, spełniająca warunek kosztowy tam określony.

§ 24c. 1. W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie programu lekowego „Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych”, wartość świadczenia z katalogu świadczeń o kodzie 5.08.07.0000004 - przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem tego programu, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,25.

2. Przepis ust. 1 stosuje się w przypadku, gdy u danego świadczeniodawcy w danym miesiącu średni koszt rozliczenia jednego miligrama substancji czynnej cynakalcet jest mniejszy niż 0,1900 zł.

3. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, może zostać zastosowany wyłącznie w odniesieniu do świadczenia, o którym mowa w ust. 1, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa w ust. 2, spełniająca warunek kosztowy tam określony.”;

- 7) załącznik nr 1k do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 8) załącznik nr 1l do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 9) załącznik nr 1m do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 11) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 12) załącznik nr 6 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 8 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 14) uchyla się załącznik nr 15, 16 i 19 do 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 przepisów 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 następującym po dniu podpisania, z mocą od dnia 1 marca 2018 r., z wyjątkiem § 1:

- 1) pkt 7, w zakresie kolumny 67, Lp. 1 i 3 załącznika nr 1 do niniejszego zarządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2018 r.;
- 2) pkt 5, który wchodzi w życie z dniem 1 maja 2018 r.;
- 3) pkt 6, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Finansowych
Maciej Miłkowski