

ZARZĄDZENIE Nr 38/2019/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 marca 2019 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia
wysokospecjalistyczne**

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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
– w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **cały proces leczenia metodą brachyterapii** – świadczenie obejmujące wszystkie składowe części procesu, takie jak:
 - a) kwalifikację,
 - b) wykonanie indywidualnego planu leczenia z określeniem:
 - całkowitej dawki promieniowania w Gy,
 - podziału tej dawki na frakcje - pojedyncza aplikacja,

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399 i 447.

- przerw między poszczególnymi frakcjami,
 - c) weryfikację położenia aplikatorów,
 - d) przeprowadzenie aplikacji w znieczuleniu,
 - e) usunięcie aplikatorów;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych** – zapewnienie możliwości udzielania świadczeń zabiegowych, chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia lub ambulatoryjnym;
- 4) **karta DiLO** – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa 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) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży** – zakres świadczeń (KOC I, KOC II/III) w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka dla kobiet w ciąży, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację; ponadto, określenie to oznacza realizację świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) **obrażenia ciała** – obrażenia, z których każde stanowi wskazanie do leczenia szpitalnego i kwalifikuje do rozliczenia określoną grupą JGP;
- 7) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 8) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 9) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 10) **punkt transformowany (punkt TISS+)** – jednostka rozliczeniowa służąca do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiąca transformację punktu TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci;

11) **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 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;

12) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;

13) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

14) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

15) **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 o świadczeniach;

16) **rozporządzenie w sprawie karty DiLO** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach;

17) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;

18) **rozporządzenie o standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;

19) **system jednorodnych grup pacjentów (JGP)** – kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. System obejmuje następujące elementy:

a) **charakterystyka JGP** – zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:

- rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta, zwanej dalej „ICD-10”,
- procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych, zwanej dalej „ICD-9”,

- wiek pacjenta,

- czas pobytu,

b) **algorytm JGP** – określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP,

c) **grupa JGP** – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami;

20) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;

21) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;

22) **skojarzony zakres świadczeń** – zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie świadczeń w leczeniu szpitalnym, w ramach którego udzielane są określone świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w załączniku nr 3 do zarządzenia.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu wysokospecjalistycznym oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z dnia 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.¹⁾), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

3. Świadczenia w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne są kontraktowane odrębnie.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 4. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

¹⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1–270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz. U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

2. Umowa w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach świadczeń: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, zawierana jest odrębnie dla każdego zakresu świadczeń.

3. Umowa w rodzaju leczenie szpitalne zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie świadczeń, w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej albo w ramach „leczenia jednego dnia”.

4. Umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zawierana jest odrębnie dla każdego zakresu świadczeń określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia, w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie świadczeń, w ramach hospitalizacji.

5. Wzór umowy, o której mowa w:

- 1) ust. 2, stanowi **załącznik nr 2a** do zarządzenia;
- 2) ust. 3, stanowi **załącznik nr 2b** do zarządzenia;
- 3) ust. 4, stanowi **załącznik nr 2c** do zarządzenia.

6. Odstępstwa od określonych w załącznikach nr 2a-2c wzorów umów wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

7. 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;
- 5) katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiącym **załącznik nr 1ts** do zarządzenia;
- 6) katalogu produktów wysokospecjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 1w** do zarządzenia, finansowanych z dotacji z budżetu państwa, zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach.

8. Produkty katalogowe dla świadczeń określonych w **załączniku nr 3a** lub **załączniku 3b** do zarządzenia, dla których w przepisach rozporządzenia szpitalnego określono dodatkowe warunki ich realizacji, mogą zostać udostępnione

przez dyrektora oddziału Funduszu w ramach pakietu produktów rozliczeniowych do umów w rodzaju leczenie szpitalne w wyniku prowadzonego postępowania, wyłącznie w przypadku spełnienia przez świadczeniodawcę dodatkowych warunków realizacji tych świadczeń.

9. Szczegółowy opis przedmiotu umowy, o której mowa w ust. 5 pkt 2, w odniesieniu do niektórych świadczeń określony jest w **załączniku nr 10** do zarządzenia.

§ 5. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę, o której mowa w § 4 ust. 5, obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu szpitalnym lub w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym. Warunki dodatkowo oceniane (rankingujące) określone są w rozporządzeniu kryterialnym.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

§ 6. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy, o której mowa w § 4 ust. 5.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania świadczeń jedynie w części zakresu będącego przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 5.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, o której mowa w § 4 ust. 5, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

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

6. 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.

§ 7. 1. Umowa, o której mowa w § 4 ust. 5:

1) pkt 1 i 2, zawierana jest ze świadczeniodawcą będącym podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru, posiadającym oddziały szpitalne o profilu zgodnym z zakresem świadczeń będącym przedmiotem kontraktowania, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu - resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia;

2) pkt 3, zawierana jest ze świadczeniodawcą będącym podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru, posiadającym oddziały szpitalne o profilu odpowiednim do zakresu świadczeń będącego przedmiotem kontraktowania, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu - resortowych kodów identyfikacyjnych.

2. W przypadku oddziałów szpitalnych specjalizujących się w realizacji świadczeń z więcej niż jednej dziedziny medycyny stanowiących przedmiot kontraktowania, podstawowy zakres będący przedmiotem kontraktowania stanowi zakres zgodny ze specjalnością komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, scharakteryzowanej kodem stanowiącym część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, dopuszcza się, oprócz kontraktowania zakresu podstawowego, kontraktowanie kolejnego zakresu świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu, z zastrzeżeniem ust. 4-8.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 i 3, kontraktowanie każdego zakresu świadczeń przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem podziału oddziałów szpitalnych na specjalności zachowawcze i zabiegowe, na specjalności wykonujące świadczenia na rzecz dzieci i dorosłych oraz obowiązku spełnienia w tym oddziale wszystkich wymaganych warunków określonych dla danego zakresu w przepisach rozporządzenia szpitalnego i w przepisach odrębnych.

5. Kontraktowanie świadczeń neonatologicznych 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.

6. Nie dopuszcza się kontraktowania jako kolejnego zakresu świadczeń,

następujących zakresów:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia;
- 2) anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci;
- 3) anestezjologia i intensywna terapia – drugi poziom referencyjny;
- 4) anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny;
- 5) neonatologia – drugi poziom referencyjny;
- 6) neonatologia – trzeci poziom referencyjny;
- 7) położnictwo i ginekologia – drugi poziom referencyjny;
- 8) położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny;
- 9) hematologia, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci;
- 10) chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny.

7. Zakresy świadczeń na poszczególnych poziomach referencyjnych kontraktowane są alternatywnie.

8. Nie dopuszcza się kontraktowania zakresów świadczeń w oddziałach szpitalnych oznaczonych resortowymi kodami identyfikacyjnymi: 4106, 4222.

9. Świadczenia w zakresach realizowanych przez jeden oddział szpitalny mogą być rozliczane w ramach jednego, łącznego limitu do kwoty zobowiązania wynikającej ze zsumowania kwot limitów poszczególnych pozycji umowy.

10. Rozliczanie świadczeń w ramach jednego, łącznego limitu, o którym mowa w ust. 9, jest możliwe wyłącznie począwszy od nowego okresu sprawozdawczego.

§ 8. 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. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępniania, na żądanie Funduszu, rejestru zakażeń zakładowych.

3. 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.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy

o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. 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 2a – 2c** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy, o której mowa § 4 ust. 5.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem dotychczasowej umowy, zachowuje swoją ważność.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, o której mowa w § 4 ust. 5, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umów, o których mowa w § 4, określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w Planie rzeczowo – finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż pięciu rozpoznań współistniejących – według ICD-10, z zastrzeżeniem, że sprawozdane winno być rozpoznanie zasadnicze (zgodnie z chorobą zasadniczą), poprzez przypisanie jednoznacznej jednostki chorobowej;

2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania – według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9;

3) procedury medycznej: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową lub laparoskopową w sytuacji realizacji świadczenia zabiegowego (zabieg diagnostyczny lub leczniczy) z wykorzystaniem endoskopu lub laparoskopu.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, winny być zgodne z danymi:

1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524, z 2018 r. poz. 1115, 1515 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 150 i 447);

2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 997, 1000, 1629 i 1669);

3) określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 i 1669).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, jest konieczne dla rozliczania świadczeń.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:

1) w przypadku świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - 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 1ts** do zarządzenia;

2) w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych - 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, oraz produktu rozliczeniowego określonego w **załączniku nr 1w** do zarządzenia.

7. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub produktom z odpowiednich katalogów stanowiących **załączniki 1a–1d, 1ts i 1w** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

8. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie

sprawozdawczym wersji ICD-9, ogłaszane są przez Prezesa Funduszu w drodze odrębnego komunikatu.

§ 11. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4, jest punkt.

§ 12. 1. Kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów świadczeń, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację świadczeń finansowanych w ramach następujących JGP i produktów jednostkowych dedykowanych do sumowania z poniższymi grupami, określonych **w załączniku nr 1c** do zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach:

1) Neurochirurgia: A03 - Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora nerwu błędnego;

2) Neurochirurgia:

a) Q31 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu,

b) Q32 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy,

c) Q33 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy;

3) Neurologia:

a) A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym,

b) 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia;

4) Otolaryngologia:

a) C05G - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych,

b) C05H - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów pniowych,

c) C06G - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ucha środkowego,

d) C06H - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu,

e) C07G - Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu,

f) C07H - Wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego,

g) C07I - Wymiana przetwornika mowy implantów na przewodnictwo kostne;

- 5) Chirurgia klatki piersiowej:
 - a) D01 - Złożone zabiegi klatki piersiowej,
 - b) D02 - Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej;
- 6) Kardiologia:
 - a) E10 - OZW - diagnostyka inwazyjna,
 - b) E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
 - c) E12G - OZW - leczenie inwazyjne,
 - d) E15 - OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z pw;
- 7) 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;
- 8) Ortopedia i traumatologia narządu ruchu:
 - a) H01 - Endoprotezoplastyka łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo - goleniowego, pierwotna częściowa kolana,
 - b) H02 - Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego,
 - c) H09 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”,
 - d) H10 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne w przypadkach infekcji wokół protezy,
 - e) H11 - Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych,
 - f) 5.53.01.0001435 - Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (dotyczy wyłącznie endoprotez w ramach grupy H01, H11),
 - g) H13 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra,
 - h) H14 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego,
 - i) H15 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana,
 - j) H16 - Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa biodra,
 - k) H17 - Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita biodra,
 - l) H18 - Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa kolana,

- m) H19 - Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita kolana;
- 9) Położnictwo i ginekologia:
 - a) N01 - Poród,
 - b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
 - c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
 - d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
 - e) N11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw,
 - f) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
 - g) N13 - Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni,
 - h) 5.53.01.0001510 - Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w wartości JGP;
- 10) 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) 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka;
- 11) Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny:
 - a) Q01 - Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty,
 - b) Q52 - Dostęp w leczeniu nerkozastępczym,
 - c) 5.52.01.0001496 - Endowaskularne zaopatrzenie tętniaków aorty obejmujących tętnice trzewne i nerkowe,
 - d) 5.53.01.0001435 - Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (dotyczy stentgraftów w ramach świadczenia 5.52.01.0001496);
- 12) Okulistyka:
 - a) B18G - Usunięcie zaćmy - kategoria I,
 - b) B19G - Usunięcie zaćmy - kategoria II,
 - c) 5.52.01.0001526 - Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy,

d) 5.52.01.0001528 - Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy
– w trybie ambulatoryjnym;

13) Okulistyka:

- a) B04 - Przeszczep rogówki - kategoria I,
- b) B05 - Przeszczep rogówki - kategoria II,
- c) B06 - Przeszczep rogówki - kategoria III,
- d) 5.53.01.0001529 - Koszt rogówki nie zawarty w kosztach świadczenia;

14) Chirurgia dziecięca:

- a) G30 - Przeszczepienie trzustki,
- b) PZL12- Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.,
- c) L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki;

15) Chirurgia ogólna:

- a) G30 - Przeszczepienie trzustki,
- b) L94 - Przeszczepienie nerki >17 r.ż.,
- c) L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki;

16) Transplantologia kliniczna:

- a) G30 - Przeszczepienie trzustki,
- b) L94 - Przeszczepienie nerki >17 r.ż.,
- c) PZL12- Przeszczepienie nerki <18 r.ż.,
- d) L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki;

17) Transplantologia kliniczna:

- a) S21 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;

18) Hematologia:

- a) S21 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;

19) Hematologia:

a) S11 - Około urazowe lub okołozabiegowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny II),

b) S12 - Około urazowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny I i II);

20) Onkologia i hematologia dziecięca:

a) PZS01 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż.,

b) PZS02 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego HLA < 18 r.ż.,

c) PZS03 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż.;

21) Onkologia i hematologia dziecięca:

a) S11 - Około urazowe lub okołozabiegowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny II),

b) S12 - Około urazowe leczenie skaz krwotocznych (poziom referencyjny I i II);

22) Transplantologia kliniczna dla dzieci:

a) PZS01 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż.,

b) PZS02 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego HLA < 18 r.ż.,

c) PZS03 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż.;

2. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO, w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa w art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach, kwoty zobowiązania określone w umowie, o której mowa w § 4 ust. 5 pkt 1 i 2, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w zakresach określonych w **załączniku nr 3b** do zarządzenia. Kwoty zobowiązania 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.

3. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa w ust. 2, lub finansowanych grupami wraz z produktami jednostkowymi dedykowanymi do sumowania z poniższymi grupami, w określonych poniżej zakresach:

- 1) Kardiologia:
 - a) E10 - OZW - diagnostyka inwazyjna,
 - b) E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
 - c) E12G - OZW - leczenie inwazyjne,
 - d) E15 - OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z pw;
- 2) 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;
- 3) Położnictwo i ginekologia:
 - a) N01 – Poród,
 - b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
 - c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
 - d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
 - e) N11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw,
 - f) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
 - g) N13 - Ciężka patologia ciąży zakończona porodem zabiegowym > 3 dni,
 - h) 5.53.01.0001510 - Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w wartości JGP;
- 4) 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) 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka;
- 5) Okulistyka:
 - a) B04 - Przeszczep rogówki - kategoria I,

- b) B05 - Przeszczep rogówki - kategoria II,
- c) B06 - Przeszczep rogówki - kategoria III,
- d) 5.53.01.0001529 - Koszt rogówki nie zawarty w kosztach świadczenia;
- 6) Chirurgia dziecięca:
 - a) G30 - Przeszczepienie trzustki,
 - b) PZL12- Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.,
 - c) L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 7) Chirurgia ogólna:
 - a) G30 - Przeszczepienie trzustki,
 - b) L94 - Przeszczepienie nerki > 18 r.ż.,
 - c) L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 8) Transplantologia kliniczna:
 - a) G30 - Przeszczepienie trzustki,
 - b) L94 - Przeszczepienie nerki > 17 r.ż.,
 - c) PZL12- Przeszczepienie nerki < 18 r.ż.,
 - d) L97 - Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 9) Transplantologia kliniczna:
 - a) S21 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
 - b) S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
 - c) S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;
- 10) Hematologia:
 - a) S21 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
 - b) S22 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
 - c) S23 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;
- 11) Onkologia i hematologia dziecięca:
 - a) PZS01 -Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż.,
 - b) PZS02 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego HLA < 18 r.ż.,
 - c) PZS03 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż.;

12) Okulistyka:

- a) B18G - Usunięcie zaćmy - kategoria I,
- b) B19G - Usunięcie zaćmy - kategoria II,
- c) 5.52.01.0001526 - Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy,
- d) 5.52.01.0001528 - Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym

13) Transplantologia kliniczna dla dzieci:

- a) PZS01 - Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych < 18 r.ż.,
- b) PZS02 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego HLA < 18 r.ż.,
- c) PZS03 - Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego < 18 r.ż.

– przekroczy kwotę zobowiązania oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 1, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W przypadku realizacji świadczenia na podstawie karty DiLO, dla którego w **załączniku nr 3b** do zarządzenia, w grupie właściwej ze względu na rozliczenie wyodrębniono procedurę medyczną według ICD–9, do rozliczenia grupą w sposób określony w ust. 2, kwalifikuje się wyłącznie wskazana procedura.

Rozdział 4

Zasady rozliczania świadczeń

§ 13. 1. W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na pierwszym lub drugim

lub trzecim poziomie opieki perinatalnej (KOC I, KOC II/III), umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta ze świadczeniodawcą w zakresie:

1) położnictwo i ginekologia - na poszczególnych poziomach referencyjnych ulega stosownej modyfikacji, poprzez wyłączenie z realizacji umowy świadczeń o profilu położniczym, finansowanych w ramach grup, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 9 i ust. 3 pkt 3 oraz świadczeń z grup: N06, N07C, N07D, N12 i produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z powyższymi JGP, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia;

2) neonatologia – pierwszy lub drugi lub trzeci poziom referencyjny ulega rozwiązaniu.

2. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwo i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy zakresem świadczeń KOC I lub KOC II/III, z wykorzystaniem systemu informatycznego udostępnianego przez Fundusz.

3. W sytuacji udzielania świadczeń związanych z porodem, ciążą i położeniem, w której hospitalizacja kobiety w ciąży oraz poród nastąpił przed dniem rozpoczęcia przez świadczeniodawcę realizacji umowy w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC I lub KOC II/III), zaś zakończenie tej hospitalizacji nastąpiło w trakcie realizacji umowy w zakresie KOC I lub KOC II/III, rozliczenie tych świadczeń następuje zgodnie z zasadami określonymi w § 23.

4. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), finansowanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, nie dopuszcza się dodatkowego rozliczania świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu do KOS-zawał związanych z diagnostyką inwazyjną i leczeniem inwazyjnym lub zachowawczym zawału serca oraz implantacją właściwego systemu ICD lub CRT-D, będących przedmiotem umowy w zakresie kardiologia - finansowanych w ramach grup: E10, E11, E12G, E15, E16, E17G, E23G, E24G, E26, E34, E36, a także świadczeń związanych z pomostowaniem aortalno-wieńcowym udzielanych na podstawie umowy zawartej w zakresie kardiochirurgia - finansowanych w ramach grup: E04–E07.

§ 14. 1. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, określoną w **załączniku nr 4a** do zarządzenia.

2. Do rozliczania świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zwanym dalej „OAiT”, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór stanowi **załącznik nr 4b** do zarządzenia. Świadczeniodawca zobowiązany jest dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale, sprawozdać w raporcie statystycznym szczegółowe czynności wykonywane w opiece nad pacjentem, poprzez produkty statystyczne, określone w **załączniku nr 4a** do zarządzenia. Wersję papierową karty, dołącza się do historii choroby.

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

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.

5. Do odrębnego rozliczenia świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu w OAiT 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 OAiT 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.

7. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia w OAiT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia finansowane w ramach grup z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia 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 OAiT, 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.

8. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiT lub objętych koordynowaną opieką dla kobiet w ciąży na drugim lub trzecim poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), lub objętych kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt: 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub produkt: 5.52.01.0001506 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lub produkt: 5.52.01.0001527 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOS – zawał w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub produkt: 5.52.01.0001529 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 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 OAiT 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 OAiT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.

9. Rozliczanie świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w każdym okresie sprawozdawczym następuje przez produkt o kodzie: 5.52.01.0001512 – Rozliczenie świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii po okresie sprawozdawczym. 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 OAiT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.

10. W sytuacji udzielania świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 6a–6g** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.

§ 15. 1. Fundusz finansuje dodatkowo z zastosowaniem osobodnia, wynikające

z zasad postępowania medycznego, w tym leczenia powikłań i rehabilitacji, hospitalizacje o przedłużonym czasie pobytu ponad limit ustalony dla danej grupy.

2. Metody finansowania, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się dla świadczeń realizowanych w ramach umów hospitalizacja planowa i „leczenie jednego dnia”.

3. Z finansowania ponad limit ustalony dla grupy, wyłączone są grupy, dla których w szczególności:

- 1) na podstawie dostępnych danych nie było możliwe określenie miar rozproszenia;
- 2) charakterystyka grupy przewiduje czas leczenia poniżej dwóch dni;
- 3) istotą postępowania jest szybka diagnostyka i ewentualne leczenie;
- 4) koszt leku lub wyrobu medycznego stanowi istotną część wartości punktowej grupy.

4. Dla hospitalizacji, w których z zasad postępowania medycznego w odniesieniu do charakterystyki wynika, że czas hospitalizacji powinien przekraczać jeden dzień, w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, stosuje się wartości punktowe odpowiednio, w przypadku, gdy czas hospitalizacji wyniesie jeden dzień.

5. Zasady rozliczania, o których mowa w ust. 4, nie mają zastosowania dla hospitalizacji zakończonych zgonem.

6. Limit czasu hospitalizacji objęty ryczałtem grupy, wartości punktowe dla hospitalizacji o czasie trwania jeden dzień oraz wartości osobodnia ponad limit ustalony dla grupy, określone są w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, o ile wartości punktowe hospitalizacji o czasie trwania jeden dzień lub finansowanie osobodniami ponad limit ustalony dla grupy dotyczy danej grupy.

§ 16. 1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia związanego z diagnostyką i leczeniem obrażeń mnogich, konieczne jest wskazanie w raporcie statystycznym rozpoznań (zasadniczego i współlistniejących), według ICD–10 spośród określonych w charakterystyce grupy T07, wskazujących na charakter/liczbę obrażeń uzasadniających zastosowanie jednego ze wskaźników, o których mowa w ust. 2, oraz wszystkich istotnych procedur medycznych według ICD–9, w celu wyznaczenia grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia.

2. Rozliczenie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się z zastosowaniem grupy z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia oraz, ewentualnie

dołączonymi osobodniami ponad limit ustalony dla grupy, skorygowanej jednym z poniższych wskaźników wskazujących na charakter obrażeń:

- 1) nie mniej niż cztery obrażenia - 1,85;
- 2) nie mniej niż trzy obrażenia - 1,78;
- 3) nie mniej niż dwa obrażenia - 1,54.

3. Niezależnie od wskazania 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 OAiT, określonych w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia.

4. Metody rozliczania, o której mowa w ust. 1–3, nie stosuje się do świadczeń gwarantowanych zrealizowanych w centrum urazowym lub centrum urazowym dla dzieci spełniającym dodatkowe warunki ich realizacji, wymienionych w lp. 25 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego.

§ 17. 1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., w zakresie onkologia i hematologia dziecięca wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

2. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach położnictwo i ginekologia oraz neonatologia na poszczególnych poziomach referencyjnych, w sytuacji rozliczania hospitalizacji związanej z porodem grupą N01 i świadczeń związanych z opieką nad zdrowym noworodkiem z tego porodu w ramach grupy N20, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

3. Dla świadczeniodawców będących:

- 1) instytutami, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 736 i 1669), albo
- 2) podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez uczelnię medyczną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy o działalności leczniczej, albo
- 3) podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącymi kształcenie podyplomowe lekarzy, albo
- 4) podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki

organizacyjne niezbędne do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej (podmiot obowiązany jest do przedstawienia umowy właściwemu oddziałowi Funduszu)

– udzielających świadczeń świadczeniobiorcom w zakresie kardiologia, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

4. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej:

- 1) 90 pierwotnych całkowitych alloplastyk stawu biodrowego, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H13, H14 lub
- 2) 60 pierwotnych alloplastyk stawu kolanowego, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H01 (wyłącznie procedurą 81.541), H15, lub
- 3) 10 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H09, H10, H11, H16, H17, H18, H19

– wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

5. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej 50 operacji rewizyjnych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (dotyczy to przypadków gdzie pierwotna endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego wykonana została u innego świadczeniodawcy), w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H09, H10, H11, H16, H17, H18, H19, wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5.

6. W sytuacji wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych (na narządzie parzystym), rozliczanych grupami:

- 1) B16, B16G, B17, B17G, J01, J02, J04, L06, L09, L16, L17, L72 oraz PZH14
- wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54;

2) B18G, B19G, wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 2,0.

7. 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 w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

8. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie okulistyka (tryb realizacji umowy: hospitalizacja lub hospitalizacja planowa), którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej:

1) 250 zabiegów związanych z leczeniem jaskry lub zaćmy, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B11 lub B72; lub

2) 400 zabiegów wykonanych metodą witrektomii i/lub fakowitrektomii, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B16, B16G, B17, B17G

– wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

9. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie okulistyka, w sytuacji zastosowania soczewki torycznej lub anirydialnej, przy rozliczaniu grupą B18G, wartość produktu rozliczeniowego (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

10. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio do ukończenia 3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 – PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

11. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio od 4 – 9 r.ż. (od rozpoczęcia 4. r.ż. do ukończenia 9. r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 – PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup

dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

12. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacja, hospitalizacja planowa, rozliczanych grupami B18G i B19G, u których udział hospitalizacji trwających jeden dzień (data wypisu = data przyjęcia) wynosi poniżej 80% wszystkich hospitalizacji rozliczanych powyższymi grupami, w przypadku kiedy czas hospitalizacji przekroczy jeden dzień, wartość produktów do rozliczenia tej hospitalizacji (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 0,9.

13. Udział hospitalizacji, o którym mowa w ust. 12, w pierwszym okresie stosowania współczynnika (II kwartał 2019 r.) wynosi poniżej 60%, obliczany jest w oparciu o sprawozdanie z realizacji świadczeń za I kwartał i jest podstawą stosowania współczynnika dla świadczeń realizowanych w II kwartale 2019 r.

14. Udział hospitalizacji, o którym mowa w ust. 12, na kolejne okresy stosowania współczynnika, obliczany jest w oparciu o sprawozdanie z realizacji świadczeń poprzedzające kwartał, w którym stosowany jest współczynnik.

§ 18. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia na podstawie karty DiLO, obowiązany jest do umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 14** do zarządzenia.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia na podstawie karty DiLO w celu udokumentowania ich rozliczenia z Funduszem, obowiązany jest do dołączenia do dokumentacji medycznej pacjenta kopii karty, zgodnej ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie karty DiLO.

3. Świadczeniodawca realizujący świadczenia na podstawie karty DiLO, w przypadkach klinicznych, w których potwierdzenie nowotworu złośliwego następuje w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, a pacjent do czasu otrzymania wyniku badania histopatologicznego zostaje wypisany ze szpitala z rozpoznaniem podejrzenia nowotworu, w celu rozliczenia tych świadczeń w ramach skojarzonego zakresu świadczeń, określonego w **załączniku nr 3b** do zarządzenia, obowiązany jest, po ustaleniu rozpoznania onkologicznego po wypisie pacjenta, dokonać korekty danych sprawozdanych w raporcie statystycznym przez wskazanie rozpoznania onkologicznego oraz numeru karty.

4. W sytuacji rozliczania świadczeń związanych z leczeniem zdarzeń

niepożądanych po teleradioterapii, finansowanych w ramach produktów wymienionych w katalogu produktów do sumowania, określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) stosowania kryteriów terminologicznych dla zdarzeń niepożądanych, wersja 3.0 CTCAE, określonych w **załączniku nr 12** do zarządzenia;
- 2) udokumentowania zdarzeń niepożądanych z określeniem stopnia ciężkości w dokumentacji medycznej pacjenta.

5. W sytuacji rozliczania świadczeń z zakresu radioterapii onkologicznej, finansowanych w ramach produktów wymienionych w **załączniku nr 1d** do zarządzenia, świadczeniodawca przed wdrożeniem leczenia radioterapeutycznego, obowiązany jest przeprowadzić ocenę stanu sprawności pacjenta (z wyłączeniem pacjentów poniżej 18. r. ż.) według skali WHO/Zubroda/ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)²⁾, określonej w **załączniku nr 13** do zarządzenia. Ocenę stanu ogólnego pacjenta poddawanego leczeniu onkologicznemu dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta oraz dokonuje sprawozdania łącznie z produktem jednostkowym.

6. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w **załączniku nr 3c** do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

§ 19. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia związane z:

- 1) endoprotezoplastyką narządu ruchu,
- 2) leczeniem udarów

– obowiązany jest do przekazywania w formie elektronicznej sprawozdania, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Fundusz.

2. W sytuacji rozliczania świadczenia: Hipotermia lecznicza, finansowanego w ramach produktu: 5.53.01.0001509 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej – karty monitorowania pacjenta podczas

²⁾ Roszkowski-Ślisz K.: Nowotwory złośliwe płuc:
(http://web.archive.org/web/20070102012926/http://www.puo.pl/pdf/nowotwory_pluc.pdf)

hipotermii leczniczej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 5a–5b** do zarządzenia. Kartę monitorowania pacjenta dołącza się do historii choroby.

3. W sytuacji rozliczania świadczenia: Leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem antagonisty receptora dla glikoproteiny IIb/IIIa lub bezpośredniego inhibitora trombiny u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej, finansowanego w ramach produktu: 5.53.01.0001469 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdania kodu ICD-9, określającego zastosowany lek, tj.:

- 1) 99.201 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa – abciximab;
- 2) 99.202 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa – eptifibatide;
- 3) 99.203 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa – tirofiban;
- 4) 99.2901 – Wstrzyknięcie / infuzja inhibitora trombiny (DTI) – biwalirudyna.

4. W sytuacji rozliczania świadczeń związanych z Diagnostyką potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria II, finansowanych w ramach produktu: 5.52.01.0001495 z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia oraz produktu: 5.53.01.0001508 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do przedłożenia szczegółowej specyfikacji kosztowej, z uwzględnieniem specyfikacji kosztów związanych z kosztami zespołu lekarsko – pielęgniarskiego innego świadczeniodawcy.

5. Szczegółowa specyfikacja kosztowa podlega każdorazowo weryfikacji przez dyrektora oddziału Funduszu.

6. W sytuacji rozliczania świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna, finansowanego w ramach produktu: 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 szpitalnego, 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.

Kartę oceny geriatrycznej dołącza się do historii choroby.

§ 20. 1. W sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 6a–6g** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, winny być realizowane przez świadczeniodawcę zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub - w przypadku dzieci - zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.

§ 21. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z grup: S40–S43 obowiązany jest do stosowania skali ciężkości zatruć (PSS - poisoning severity score), określonej w **załączniku nr 8** do zarządzenia. Kartę z oceną ciężkości zatrucia dołącza się do historii choroby.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie położnictwo i ginekologia:

1) trzeci poziom referencyjny - w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu określonych w wykazie rozpoznań wg ICD-10, stanowiącym **załącznik nr 15a** do zarządzenia, obowiązany jest zapewnić kobiecie w ciąży, podczas porodu i w okresie połogu oraz jej dziecku opiekę zgodną ze standardami postępowania, określonymi w rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej. Świadczeniodawca obowiązany jest w szczególności rozważyć możliwość leczenia płodu, zapewnić odbycie porodu w ośrodku trzeciego poziomu referencyjnego, umożliwić pomoc psychologiczną i skierować kobietę w trybie pilnym do dalszej psychologicznej opieki ambulatoryjnej oraz specjalistycznej opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;

2) pierwszy i drugi poziom referencyjny - w sytuacji hospitalizacji kobiety w ciąży z uprzednio rozpoznaną i udokumentowaną ciężką, nieuleczalną chorobą płodu, określoną w wykazie rozpoznań wg ICD-10, stanowiącym **załącznik nr 15a** do zarządzenia, obowiązany jest skierować kobietę do dalszej opieki, o której mowa w pkt 1.

3. Wzór skierowania, o którym mowa w ust. 2, określony jest w **załączniku**

nr 15b do zarządzenia.

§ 22. 1. W sytuacji udzielania przez świadczeniodawcę:

1) świadczeń, których koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczoną według wzoru:

$$a) K = [3 \times (W_g + W_{opl})] + W_{tiss} + W_{dsum}$$

albo

$$b) K = (W_g + W_{opl}) + W_{tiss} + W_{dsum} + 20\,000 \text{ zł}$$

gdzie:

K - wartość kryterium umożliwiającego rozliczanie za zgodą płatnika,

W_g - wartość JGP dla typu umowy hospitalizacja albo produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu produktów odrębnych,

W_{opl} - wartość osobodni finansowanych ponad limit finansowany grupą,

W_{tiss} - wartość świadczeń finansowanych wg skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci,

W_{dsum} - wartość świadczeń finansowanych produktami z katalogu produktów do sumowania; albo

2) świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym; albo

3) świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie poniższe warunki:

a) w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,

b) inny problem zdrowotny, o którym mowa w lit. a:

- nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,

- jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,

- nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,

- nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,

- kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie; albo

4) świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji

- rozliczenie może odbywać się z zastosowaniem produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody na sposób jego rozliczenia przez dyrektora oddziału Funduszu.

2. W sytuacji udzielenia przez świadczeniodawcę świadczenia wysokospecjalistycznego:

- 1) którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia; lub
 - 2) w tym jednocześnie więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu świadczeń; lub
 - 3) w tym jednocześnie więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów świadczeń, wraz z zastosowanymi podwariantami; lub
 - 4) wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza kwotę 10 000 zł w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego; lub
 - 5) które nie zostało ujęte w **załączniku nr 1w** do zarządzenia, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia wysokospecjalistycznego
- 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
 - 5.52.01.0001523 Rozliczenie za zgodą płatnika – świadczenie do hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego, 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.

3. Rozliczanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, odbywa się zgodnie z poniższymi zasadami:

- 1) świadczeniodawca składa do właściwego oddziału Funduszu odpowiedni wniosek, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;
- 2) wniosek, o którym mowa w pkt 1, świadczeniodawca składa w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, w formie elektronicznej i papierowej, wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia, uwzględniającą faktyczne koszty związane z udzieleniem tego świadczenia,

z zastrzeżeniem pkt 3. W przypadku formy papierowej o zachowaniu terminu decyduje data nadania przesyłki;

3) szczegółowa specyfikacja kosztowa nie jest wymagana w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 oraz w ust. 2 pkt 2 i 3;

4) dyrektor oddziału Funduszu wydaje zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, po przeprowadzeniu szczegółowej weryfikacji złożonych dokumentów, na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;

5) niewyrażenie przez dyrektora oddziału Funduszu zgody na realizację wniosku, albo na wysokość wnioskowanej kwoty objętej zgodą, wymaga szczegółowego uzasadnienia;

6) od rozstrzygnięcia dyrektora oddziału Funduszu wydanego w wyniku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 4, odwołanie nie przysługuje;

7) stanowisko dyrektora oddziału Funduszu w sprawie wyrażenia zgody na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania, w zakresie merytoryczno – finansowym jest ostateczne;

8) Prezes Funduszu, w uzasadnionych sytuacjach, może zweryfikować stanowisko dyrektora oddziału Funduszu, o którym mowa w pkt 7, pod względem formalno – prawnym;

9) świadczenie stanowiące przedmiot wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora oddziału Funduszu na indywidualne rozliczenie wykazuje się do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym;

10) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji tożsamy z zakresem informacji dla świadczeń w rodzaju odpowiednio: leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;

11) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów dotyczących wydawanych zgód, w tym dokumentów, na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;

12) oddział Funduszu prowadzi dokumentację związaną z wydawaniem indywidualnych zgód na rozliczenie świadczenia, uwzględniającą zakres danych wskazany we wniosku, w tym rejestr decyzji oraz dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji wniosku.

4. Metoda rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1 i 2,

może znajdować zastosowanie wyłącznie do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu szpitalnym oraz w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym.

5. Nie stosuje się metody rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1 i 2, do rozliczania:

1) wyłącznie kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499);

2) substancji czynnych stosowanych w chemioterapii lub w ramach leczenia wspomagającego chorych na nowotwory oraz substancji czynnych objętych finansowaniem ze środków publicznych w ramach programów lekowych;

3) świadczeń, w przypadkach, w których cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne;

4) jednorazowo więcej niż jednej hospitalizacji.

6. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, odbywa się w ramach kwot określonych w planie finansowym oddziału Funduszu na dany rodzaj świadczeń, w ramach łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, finansowane jest na poziomie 60% właściwej grupy z innej sekcji oraz innego zakresu (po uprzednim zsumowaniu z produktami do sumowania, jeśli miały zastosowanie w danym przypadku).

8. W przypadku świadczeń, o których mowa w ust. 2 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.

9. W przypadku wykonania świadczenia, którego koszt poniesiony przez świadczeniodawcę jest znacznie niższy od ustalonej wartości punktowej produktu rozliczeniowego z katalogu grup, świadczeniodawca powinien rozliczyć świadczenie w ramach produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika, z uwzględnieniem faktycznych kosztów związanych z udzieleniem tego świadczenia.

10. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 9, dotyczy w szczególności sytuacji, w której nie wszystkie elementy rozliczanego świadczenia były związane z poniesieniem kosztów po stronie świadczeniodawcy.

§ 23. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia, odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, albo produkt z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia lub produkty z katalogu radioterapii, określonego w **załączniku nr 1d** do zarządzenia, z zastrzeżeniem pkt 2–4;

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 OAiIT, określonym w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia, dopuszczono taką możliwość;

3) możliwość łącznego rozliczania świadczeń, w przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określa § 14;

4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia albo produktów z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia albo produktów z katalogu radioterapii, określonego w **załączniku nr 1d** do zarządzenia, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, określonego w załączniku nr 1 do zarządzenia w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, o ile w katalogach określonych w **załącznikach nr 1a, 1b i 1d** do zarządzenia nie określono inaczej, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych i w trybie hospitalizacji, z zastrzeżeniem pkt 5;

5) łączne rozliczanie świadczeń z zakresu hemodializoterapii finansowanych w ramach umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, ze świadczeniami rozliczanymi grupami lub produktami z katalogów określonych w **załącznikach nr 1a–1d** do zarządzenia, dopuszczalne jest w przypadku udzielenia świadczeń świadczeniobiorcom kwalifikowanym lub objętym programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego oraz świadczeniobiorcom z ostrym ubytkiem filtracji kłębuszkowej, wymagających czasowego stosowania programu hemodializy;

6) w sytuacjach, o których mowa w pkt 4, świadczenia podlegające łącznemu

rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;

7) nie dopuszcza się rozliczania poprzez grupy z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, hospitalizacji związanych wyłącznie z przetoczeniem krwi lub produktów krwiopochodnych, w tym immunoglobulin, finansowanych w ramach produktów wymienionych w katalogu produktów do sumowania, określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia;

8) o ile w czasie trwania hospitalizacji związanej przedmiotowo ze świadczeniem wysokospecjalistycznym, o którym mowa w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym, rozpoczęto realizację tego świadczenia, w rozumieniu zarządzenia dzień rozpoczęcia realizacji świadczenia wysokospecjalistycznego jest dniem technicznego zakończenia odpowiedniej grupy z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia;

9) w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę świadczenia wysokospecjalistycznego związanego z przeszczepieniem wątroby, serca, płuca, serca i płuca, finansowanego w ramach umowy leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w przypadku wystąpienia powikłań wymagających leczenia szpitalnego trwającego dłużej niż 30 dni od dnia przeszczepienia - 31. dzień leczenia traktuje się jako dzień rozpoczęcia leczenia powikłań po przeszczepie w ramach produktów z katalogu produktów odrębnych, określonych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia;

10) nie dopuszcza się łącznego rozliczania świadczeń z innymi rodzajami, z wyjątkiem świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne realizowanych w ramach programu pilotażowego;

11) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;

12) jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego w rozpoznaniu lub procedurze występującej w charakterystyce danej grupy z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 13;

13) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 12, nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej, terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, oraz związanego z tym leczenia objawowego;

14) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń:

a) związanych z ponowną hospitalizacją w okresie nie przekraczającym 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji, lub

b) udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy (dotyczy świadczeń wykonanych świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresów świadczeń udzielanych dzieciom);

15) w przypadkach, o których mowa w pkt 14:

a) lit. a, świadczeniodawca występuje do dyrektora oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku,

b) lit. b, świadczeniodawca występuje do dyrektora oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, przed rozpoczęciem realizacji świadczenia, w trakcie realizacji świadczenia albo w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia realizacji świadczenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;

16) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 15, wydaje dyrektor oddziału Funduszu, na zasadach i w terminie określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;

17) nie dopuszcza się wyrażania przez dyrektora oddziału Funduszu zgody na rozliczanie świadczeń przez grupy lub produkty jednostkowe, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu;

18) nie dopuszcza się rozliczania poprzez grupy z katalogu grup określonego

w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego z katalogu produktów do sumowania określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, hospitalizacja (pobyt diagnostyczny), winna być rozliczona poprzez dedykowany produkt (5.52.01.0001524 Pobyt diagnostyczny – w trybie ambulatoryjnym) z katalogu produktów odrębnych, określony w **załączniku nr 1b** do zarządzenia łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym z katalogu produktów do sumowania określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia;

19) dopuszcza się, w sytuacjach uzasadnionych medycznie, jednoczesne rozliczenie więcej niż jednego kosztochłonnego badania diagnostycznego z katalogu produktów do sumowania określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, w sposób, o którym mowa w pkt 18 zdanie drugie, poprzez ich łączne rozliczenie;

20) nie dopuszcza się rozliczania produktu: Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, więcej niż raz w roku w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od rozpoznania zasadniczego. Produkt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, dedykowany jest kompleksowej diagnostyce nowotworów złośliwych. W przypadkach uzasadnionych medycznie, dopuszcza się możliwość odstępiania przez dyrektora oddziału Funduszu od zasady określonej w zdaniu pierwszym, na pisemny wniosek świadczeniodawcy zawierający uzasadnienie;

21) dopuszcza się rozliczanie produktu: 5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego z katalogu produktów odrębnych określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia - w sytuacji wykonania badania materiału archiwalnego, pobranego również u innego świadczeniodawcy, w sytuacji konieczności modyfikacji przez świadczeniodawcę ustalonego planu leczenia;

22) w przypadku gdy świadczeniodawca przy rozliczaniu świadczenia jest uprawniony do zastosowania więcej niż jednego współczynnika korygującego (zbieg współczynników korygujących), wartość tego świadczenia obliczana jest według schematu:

$$[\sum_{i=1}^n W_i - (n - 1)] * (W_g + W_{opt}),$$

gdzie:

n – liczba zastosowanych współczynników

W_i – wartość kolejnych współczynników

W_g – wartość JGP

W_{opl} – wartość osobodni ponad limit finansowany grupą;

23) określone w zarządzeniu współczynniki korygujące nie mają zastosowania do świadczeń, o których mowa w § 22 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 2 i 9, rozliczonych na podstawie wniosku złożonego zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych.

§ 24. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń wysokospecjalistycznych do rozliczenia, odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

1) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń określonych w **załączniku nr 1w** do zarządzenia z innymi świadczeniami - wyłącznie w sposób określony w niniejszym zarządzeniu;

2) dopuszcza się odrębne rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego w bieżącym okresie sprawozdawczym;

3) w sytuacji jednoczasowego udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego związanego z przeszczepieniem narządu oraz świadczenia związanego z przeszczepieniem nerki lub trzustki, finansowanego w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, dopuszcza się rozliczenie dodatkowego świadczenia w ramach umowy leczenia szpitalnego na poziomie 60% właściwej JGP;

4) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień;

5) za krotność osobodni hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego 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;

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 świadczeń

na zasadach określonych w zarządzeniu. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, rozliczeniu podlega wyłącznie jedna hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego;

7) hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego wykazywana jest do rozliczenia wraz z wariantem oraz ewentualnymi podwariantami;

8) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu.

§ 25. Dla świadczeń w zakresach: Operacje wad wrodzonych serca i naczyń < 1 roku, Operacje wad serca i aorty piersiowej \geq 18 lat i Operacje wad serca i aorty piersiowej < 18 r.ż. oraz dla hospitalizacji do tych świadczeń, rozliczanych produktami o kodach:

1) 5.54.01.0000031 - wariant 1 - zabieg bez użycia krążenia pozaustrojowego,
2) 5.54.01.0000032 - wariant 2 - zabieg w krążeniu pozaustrojowym bez użycia leczniczego środka technicznego lub z użyciem zastawki mechanicznej lub z użyciem leczniczego środka/środków/ technicznego o wartości mniejszej od wartości zastawki mechanicznej,

3) 5.54.01.0000033 - wariant 3 - zabieg w krążeniu pozaustrojowym z użyciem leczniczego środka/środków/ technicznego o wartości większej od wartości zastawki mechanicznej lub użyciem wszczepu biologicznego (homograf, kondukt naczyniowy, ksenograf) lub syntetycznego,

4) 5.54.01.0000034 - wariant 4 - operacje typu „Norwood”,

6) 5.54.01.0000042 - wariant 1 - zabieg na sercu lub aorcie bez użycia leczniczego środka technicznego lub z użyciem leczniczego środka/środków/ technicznego o wartości mniejszej od wartości zastawki mechanicznej,

7) 5.54.01.0000043 - wariant 2 - zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki mechanicznej lub innych wszczepialnych środka/środków/ technicznych o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki mechanicznej,

8) 5.54.01.0000044 - wariant 3 - zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki biologicznej lub innych wszczepialnych środka/środków/ o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki biologicznej,

9) 5.54.01.0000045 - wariant 4 - zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem wszczepialnych środka/środków/ technicznych lub biologicznych o łącznej wartości

porównywalnej do wartości dwóch zastawek mechanicznych lub reoperacja serca i dużych naczyń (oprócz ASDII),

10) 5.54.01.0000046 - wariant 5 - zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem dwóch zastawek biologicznych lub innych wszczepialnych środka/środków/ technicznych o łącznej wartości porównywalnej do uśrednionej wartości dwóch zastawek biologicznych,

11) 5.54.01.0000047 - wariant 6 - zabieg na sercu lub aorcie - tętniaki aorty z zastosowaniem protez naczyniowych, syntetycznych lub biologicznych (homograftów, ksenograftów),

12) 5.54.01.0000070 - wariant 1 - zabieg na sercu lub aorcie bez użycia leczniczego środka technicznego lub z użyciem leczniczego środka/środków/ technicznego o wartości mniejszej od wartości zastawki mechanicznej <18 lat,

13) 5.54.01.0000071 - wariant 2 - zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki mechanicznej lub innych wszczepialnych środka/środków/ technicznych o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki mechanicznej <18 lat,

14) 5.54.01.0000072 - wariant 3 - zabieg na sercu lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki biologicznej lub innych wszczepialnych środka/środków/ o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki biologicznej <18 lat,

15) 5.54.01.0000073 - wariant 4 - zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem wszczepialnych środka/środków/ technicznych lub biologicznych o łącznej wartości porównywalnej do wartości dwóch zastawek mechanicznych lub reoperacja serca i dużych naczyń (oprócz ASDII) <18 lat,

16) 5.54.01.0000074 - wariant 5 - zabieg na sercu i aorcie z zastosowaniem dwóch zastawek biologicznych lub innych wszczepialnych środka/środków/ technicznych o łącznej wartości porównywalnej do uśrednionej wartości dwóch zastawek biologicznych <18 lat,

17) 5.54.01.0000075 - wariant 6 - zabieg na sercu lub aorcie - tętniaki aorty z zastosowaniem protez naczyniowych, syntetycznych lub biologicznych (homograftów, ksenograftów) <18 lat,

18) 5.52.01.0001514 - Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁸,

19) 5.52.01.0001515 - Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹
≥18 lat,

20) 5.52.01.0001516 - Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹
≥18 lat z IZW lub ≥80 lat,

21) 5.52.01.0001517 - Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹
<18 lat,

22) 5.52.01.0001518 - Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego⁹
<18 lat z IZW

- ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,2.

Rozdział 5

Postanowienia końcowe

§ 26. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 kwietnia 2019 r.

§ 27. 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 § 29, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, z tym, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zawiera się odpowiednio zgodnie ze wzorami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w **załącznikach 2a – 2c** do niniejszego zarządzenia.

§ 28. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowy, o których mowa w ust. 1, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia z zastosowaniem wzorów umów obowiązujących do tego dnia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 29. Traci moc zarządzenie Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

§ 30. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r., z wyjątkiem załącznika nr 1aa, który wchodzi w życie z mocą od dnia 1 stycznia 2019 r. i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 marca 2019 r. na warunkach, o których mowa w zarządzeniu uchylanym w § 29.

**Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Służb Mundurowych
Dariusz Tereszkowski-Kamiński**