

ZARZĄDZENIE Nr 77/2019/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 27 czerwca 2019 r.

**zmieniające zarządzenie 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:

§ 1. W zarządzeniu 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, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 13 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„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, E29, E34, E36, a także świadczeń związanych

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, 447, 730, 752 i 1078.

z pomostowaniem aortalno-wieńcowym udzielanych na podstawie umowy zawartej w zakresie kardiochirurgia - finansowanych w ramach grup: E04 – E07.”;

2) w § 17:

a) ust.12 otrzymuje brzmienie:

„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. Współczynnika, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż.”,

b) dodaje się ust. 15 i 16 w brzmieniu:

„15. Do obliczenia udziału hospitalizacji, o którym mowa w ust. 12, nie uwzględnia się świadczeń udzielonych na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż.

16. Dla świadczeniodawców, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., którzy zrealizowali JGP określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, udział tych świadczeniodawców w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10 % wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy), korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.”;

3) w § 19 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. W sytuacji rozliczania produktu: 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z katalogu produktów do sumowania, określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 16** do zarządzenia.”;

- 4) uchyla się § 25;
- 5) załączniki nr 1a-1c do zarządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1-3 do niniejszego zarządzenia;
- 6) załącznik nr 1w do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 7) załącznik nr 2c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 8) załączniki nr 3a i 3b do zarządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 6 i 7 do niniejszego zarządzenia;
- 9) dodaje się załącznik nr 3d do zarządzenia, w brzmieniu określonym w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 11) dodaje się załącznik nr 16 do zarządzenia, w brzmieniu określonym w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego 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 zobowiązani 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 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem § 1:

- 1) pkt 3, pkt 5 w zakresie dotyczącym lp. 135 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia i pkt 11, które wchodzi w życie z dniem 3 lipca 2019 r.;
- 2) pkt 7, który wchodzi w życie z mocą od dnia 1 kwietnia 2019 r.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Operacyjnych

Adam Niedzielski