

ZARZĄDZENIE Nr 121/2021/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 30.06.2021 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 136c ust. 5 w związku z art. 159a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 80/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r., wprowadza się następujące zmiany:

- 1) uchyla się § 9 i 10;
- 2) w § 14 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1. W celu sfinansowania świadczeń obejmujących:
 - 1) diagnostykę i leczenie onkologiczne udzielanych na podstawie karty DILO,
 - 2) świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami,
 - 3) świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca, z wyłączeniem świadczeń opieki kompleksowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach,
 - 4) świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97, 159 i 694.

o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2020 r. poz. 2134), z wyłączeniem przeszczepów będących świadczeniami wysokospecjalistycznymi, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach,

- 5) kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),
- 6) koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I),
- 7) świadczenia rehabilitacji udzielane świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach,
- 8) świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy,
- 9) świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka,
- 10) kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś),
- 11) kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG),
- 12) świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określone w zarządzeniu AOS,
- 13) inne niż wymienione w pkt 1-12 świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia,
- 14) świadczenia udzielone w ramach sieci kardiologicznej, o których mowa w § 13 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w ramach sieci kardiologicznej (Dz.U. poz. 880)

– ustala się w umowie odrębne kwoty zobowiązania, wraz ze wskazaniem liczby jednostek rozliczeniowych i ich cen.”;

3) dodaje się § 14a i § 14b w brzmieniu:

„§ 14a. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu AOS.

2. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do danego poziomu w ramach PSZ, w przypadku rozliczania świadczeń produktami rozliczeniowymi o kodach:

- 1) 02.1342.001.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS,
- 2) 02.1342.401.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS – świadczenia
- 3) pierwszorazowe,

- 4) 02.1342.601.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS – świadczenia,
 - 5) udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia
- ustala się współczynnik korygujący o wartości 2,0.

3. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w zarządzeniu AOS.

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

§ 14b. 1. Czas pracy poradni przyszpitalnej obejmuje co najmniej 3 dni w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 12 godzin tygodniowo (łącznie).

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

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

- 4) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2021 r.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko

W zastępstwie p.o. PREZESA NFZ