# 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,

* 1. kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),
  2. koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I),
  3. świadczenia rehabilitacji udzielane świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach,
  4. świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy,
  5. świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka,
  6. kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą

z nowotworem piersi (KON-Pierś),

* 1. kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG),
  2. świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określone w zarządzeniu AOS,
  3. inne niż wymienione w pkt 1-12 świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia,
  4. 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.”;

1. 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.

1. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do danego poziomu w ramach PSZ, w przypadku rozliczania świadczeń produktami rozliczeniowymi o kodach:
2. 02.1342.001.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS,
3. 02.1342.401.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS –

świadczenia

1. pierwszorazowe,
2. 02.1342.601.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS –

świadczenia,

1. udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia

- ustala się współczynnik korygujący o wartości 2,0.

1. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń,

o których mowa w ust. 1, określone są w zarządzeniu AOS.

1. 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

3