

ZARZĄDZENIE Nr 3/2022/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 03.01.2022 r.

**w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń
kompleksowych**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa szczegółowe warunki umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 3) **ogólne warunki umów** – przepisy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 4) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 5) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120);
- 6) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz.1292, 1559, 1773, 1834, 2120 i 2270.

- 7) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 8) **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;
- 9) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 10) **rozporządzenie JGPato** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, wydane na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy o świadczeniach;
- 11) **onkologiczne świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń, w ramach którego realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania;
- 12) **umowa PSZ** – umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 14) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 15) **zarządzenie w rodzaju leczenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 16) **zarządzenie w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

17) **zarządzenie w rodzaju rehabilitacja lecznicza** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 pkt 7–10 oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe

§ 3. 1. Przedmiotem umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

2. Szczegółowy opis przedmiotu umowy określony jest w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

3. 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. UE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) 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) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 4) 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne;
- 5) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych.

§ 4. 1. Produkty jednostkowe dedykowane do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1, są określone w:

- 1) Katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia;
- 2) Katalogu produktów do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne;
- 3) Katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale

anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiącym **załącznik nr 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

2. Świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi obejmują:

- 1) moduł diagnostyki;
- 2) moduł leczenia;
- 3) moduł rehabilitacji oraz
- 4) moduł monitorowania.

3. Świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego obejmują:

- 1) diagnostykę;
- 2) leczenie;
- 3) monitorowanie.

§ 5. Świadczeniodawca posiadający umowę PSZ, zamierzający realizować świadczenia gwarantowane w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe, może przystąpić do realizacji tych świadczeń na warunkach określonych w § 4a ust. 3 i 4 rozporządzenia szpitalnego oraz zgodnie z warunkami umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych określonymi w niniejszym zarządzeniu.

§ 6. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego są określone w rejestrze, w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach określonych w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

§ 7. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności:

- 1) w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi: w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym;
- 2) w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego: w rozporządzeniu szpitalnym i rozporządzeniu ambulatoryjnym.

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

3. Godziny pracy personelu, określone w przepisach, o których mowa w ust. 1, mogą być tożsame z godzinami pracy personelu udzielającego świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

§ 8. 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 PSZ.

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

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 7.

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

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli każdego z 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 właściwego oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 9. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

§ 10. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy PSZ oraz zgodnie z „Harmonogramem dodatkowym – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 6** do umowy PSZ.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z

„Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy PSZ.

Rozdział 3

Zasady rozliczania świadczeń

§ 11. 1. W celu sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe ustala się w umowie PSZ odrębne kwoty zobowiązania, wraz ze wskazaniem liczby jednostek rozliczeniowych i ich cen.

2. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów, o których mowa w ust. 1, jest punkt.

3. 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 PSZ.

4. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu onkologiczne świadczenia kompleksowe, obejmuje łącznie wszystkie świadczenia, w przypadku:

- 1) kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji;
- 2) kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

5. Kwota, o której mowa ust. 1, nie obejmuje finansowania świadczeń w zakresie chemioterapii i programów lekowych.

6. Świadczenia, o których mowa w ust. 5, finansowane są w ramach umowy PSZ w zakresie chemioterapia lub w zakresach dotyczących programów lekowych, lub na podstawie odrębnej umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia i umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

7. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. Niedopuszczalne jest rozliczanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy włączonemu do kompleksowej opieki onkologicznej:

- 1) nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, związanych z przeprowadzeniem procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego lub

monitorowania,

2) nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, związanych z przeprowadzeniem procesu diagnostycznego, terapeutycznego lub monitorowania

– będących przedmiotem umowy w innych zakresach umowy PSZ lub na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, z wyjątkiem przypadków wskazanych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

9. Jeżeli w przypadku realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej, nastąpi niedotrzymanie terminu realizacji diagnostyki onkologicznej, poziom finansowania odpowiedniego pakietu diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w załączniku nr 1on do zarządzenia.

§ 12. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym:

1) zakresu świadczeń;

2) grupy – według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogu, stanowiącego **załącznik nr 1on** do zarządzenia;

3) produktów jednostkowych określonych w katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne lub w katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, stanowiącego **załącznik 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.

2. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9 ogłaszane są przez Prezesa Funduszu na stronie podmiotowej Funduszu.

§ 13. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej, w przypadku rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym oraz hipotermią leczniczą, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w **załącznikach nr 5a, 5b** oraz **6a-6g** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym lub monitorowaniem pacjenta podczas hipotermii leczniczej należy dołączyć do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

2. W przypadku 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 w rodzaju leczenie szpitalne, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 16** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

3. W przypadku rozliczania produktów w zakresie teleradioterapii, brachyterapii oraz terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, z katalogu stanowiącego załącznik nr 10n do zarządzenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie/cyklu leczenia – dawka całkowita. Należy sprawozdać całkowitą liczbę frakcji w całym procesie/cyklu leczenia.

4. W przypadku realizacji świadczenia zabiegowego (zabieg diagnostyczny lub leczniczy) z wykorzystaniem endoskopu lub laparoskopu świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym procedury medycznej: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową lub laparoskopową.

§ 14. 1. W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, umowa PSZ podlega zmianie poprzez wyłączenie z realizacji umowy:

- 1) diagnostycznych pakietów onkologicznych o kodzie i nazwie: 5.32.00.0000020 diagnostyka wstępna – nowotwory piersi, 5.33.00.0000014 diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi;
- 2) grup JGP dotyczących zabiegów operacyjnych wykonanych z rozpoznaniem nowotworów piersi;
- 3) produktów radioterapii oraz hospitalizacji do radioterapii związanych z nowotworem piersi;
- 4) rehabilitacji obrzęku limfatycznego związanego z nowotworem piersi.

2. W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, umowa PSZ ulega zmianie poprzez wyłączenie z realizacji umowy:

- 1) diagnostycznych pakietów onkologicznych o kodzie i nazwie: 5.32.00.0000006 diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, 5.33.00.0000004 diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego;

- 2) grup JGP dotyczących zabiegów operacyjnych wykonanych z rozpoznaniem nowotworów jelita grubego;
- 3) produktów radioterapii i hospitalizacji do radioterapii związanych z leczeniem nowotworu jelita grubego.

§ 15. 1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą J01G, J01H lub J02 w rozpoznaniu C50 w liczbie co najmniej 250 zabiegów, wartość produktów rozliczeniowych J01G, J01H i J02, określonych w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

2. W przypadku wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych, wartość odpowiednich produktów rozliczeniowych, określonych w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54.

3. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą F31 w rozpoznaniach C18 – C20 w liczbie co najmniej 75 zabiegów, wartość produktu rozliczeniowego F31, określona w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

4. Liczba świadczeń, o której mowa w ust. 1 i 3, w przypadku stosowania współczynnika korygującego w roku 2022, obliczana jest na podstawie ich realizacji w roku 2019 albo 2021. Ponadto liczba świadczeń, o której mowa w ust. 1, w przypadku stosowania współczynnika korygującego w roku 2022, dotyczy świadczeń rozliczonych grupą J01, J01G, J01H lub J02.

5. Dla świadczeniodawców realizujących w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii, w przypadku rozliczania kompleksowych świadczeń onkologicznych udzielonych w oddziale szpitalnym właściwym dla realizacji świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej, wartość JGP o charakterze zabiegowym korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,17. Przepisu nie stosuje się do świadczeń rozliczonych poprzez JGP, o których mowa w § 16.

§ 16. Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grup JGP:

- 1) J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r. ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*,
- 2) F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*,
- 3) F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*

– uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w roku 2019 lub 2021 świadczeń zabiegowych dla grup J03F, F32 lub F42, określony w załączniku nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

§ 17. 1. Do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których wykonano badanie patomorfologiczne, w zakresie o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, w okresie realizacji programu pilotażowego JGPato, zastosowanie ma współczynnik korygujący w wysokości 1,02, pod warunkiem sprawozdania jednej z grup określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia JGPato przez świadczeniodawców wskazanych w załączniku nr 4 do rozporządzenia JGPato.

2. Do stosowania współczynnika, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się świadczenia określone w **załączniku nr 1on** do zarządzenia.

§ 18. Do rozliczania onkologicznych świadczeń kompleksowych, obejmujących produkty rozliczeniowe wymienione w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, stosuje się współczynnik korygujący o wartości 1,05.

§ 19. 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 JGP z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1on** do zarządzenia;
- 2) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami z innymi produktami rozliczeniowymi, na zasadach określonych w katalogu, stanowiącym

* oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

załącznik nr 1on do zarządzenia;

- 3) w odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiIT, objętych kompleksową opieką onkologiczną, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt: 5.52.01.0001537 Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zwanym dalej „OAiIT”, określony w **załączniku 1on** do zarządzenia. 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 oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne;
- 4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1on** do zarządzenia, z produktami katalogowymi dedykowanymi do rozliczania świadczeń w OAiIT, zawartymi w katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne i katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, określonym w załączniku nr 1ts do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 5) do rozliczania świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS –28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór określony jest w załączniku nr 4b do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Świadczeniodawca obowiązany 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 w rodzaju leczenie szpitalne. Wersję papierową karty dołącza się do historii choroby pacjenta;
- 6) ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS– 28 albo TISS – 28 dla dzieci, przeprowadzana jest codziennie;
- 7) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami, określonymi w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu produktów do sumowania, określonymi w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, w przypadkach w których w katalogu produktów do sumowania dopuszczono taką możliwość;

- 8) dzień przyjęcia na leczenie oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
- 9) jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę podczas odrębnych pobyków w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, określonego **w załączniku nr 1on** 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;
- 10) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor właściwego oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji, na zasadach i w terminie określonych w przepisach zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;
- 11) w przypadkach, o których mowa w pkt 10, świadczeniodawca występuje do dyrektora właściwego oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, w trakcie hospitalizacji albo w terminie 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;
- 12) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora właściwego oddziału Funduszu na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu;
- 13) nie dopuszcza się rozliczania poprzez grupy wskazane w części II **załącznika nr 1on** do zarządzenia, hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego z katalogu produktów do sumowania określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Hospitalizacja związana wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego powinna być rozliczona poprzez dedykowany produkt (5.60.01.0000015 Pobyt diagnostyczny) określony w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, łącznie z kosztochłonnym badaniem

diagnostycznym określonym w katalogu produktów do sumowania stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, pod warunkiem, że badanie to zostało uwzględnione w części II pkt 2.4 **załącznika nr 3** do zarządzenia. Nie dopuszcza się rozliczania produktu 5.60.01.0000015 Pobyt diagnostyczny łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym, z wyjątkiem przypadków medycznych uzasadniających przeprowadzenie postępowania diagnostycznego w trybie hospitalizacji;

- 14) dopuszcza się, w uzasadnionych medycznie przypadkach, jednoczesowe rozliczenie więcej niż jednego kosztochłonnego badania diagnostycznego, wymienionego w katalogu produktów do sumowania określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, w sposób, o którym mowa w pkt 13 w zdaniu drugim, poprzez ich łączne rozliczenie;
- 15) nie dopuszcza się rozliczania produktu: Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna określonego w **załączniku nr 1on** do zarządzenia, więcej niż raz w roku w stosunku do danego świadczeniobiorcy. W uzasadnionych medycznie przypadkach, dopuszcza się możliwość odstąpienia przez dyrektora właściwego oddziału Funduszu od zasady, o której mowa w zdaniu pierwszym, na pisemny wniosek świadczeniodawcy zawierający uzasadnienie.

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 20. Umowy o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas, na jaki zostały zawarte.

§ 21. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

§ 22. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.

§ 23. Traci moc zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.

§ 24. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko

W zastępstwie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

/Dokument podpisano elektronicznie/