

ZARZĄDZENIE Nr 57/2017/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 26 lipca 2017 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji
umów w rodzaju leczenie szpitalne**

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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r., zarządzeniem Nr 102/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2016 r., zarządzeniem Nr 117/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2016 r., zarządzeniem Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r., wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 14 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:
„6. 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 sytemu 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-

1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139 i 1200.

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

2) w § 15 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiT, lub objętych koordynowaną opieką dla kobiet w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt nr 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub produkt nr 5.52.01.0001506 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOC II/III 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 sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia.”;

3) § 18 otrzymuje brzmienie:

„§ 18. 1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, w zakresach:

- a) neurochirurgia dla dzieci, lub
- b) kardiochirurgia dla dzieci, lub
- c) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, lub
- d) onkologia i hematologia dziecięca

– wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona dla trybu hospitalizacja) dla wskazanych zakresów korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

2. Dla świadczeniodawców będących:

- 1) podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych; lub
- 2) instytutami badawczymi wykonującymi działalność leczniczą; albo

- 3) podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260); podmiot obowiązany jest do przedstawienia umowy właściwemu Oddziałowi Funduszu
- udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, w zakresach:
- a) chirurgia dziecięca, lub
 - b) urologia dla dzieci, lub
 - c) otorynolaryngologia dla dzieci (z wyłączeniem JGP: C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I)
- wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona dla trybu hospitalizacja) dla wskazanych zakresów korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.
3. 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.
4. Dla świadczeniodawców będących:
- 1) instytutem, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079 i 1311); albo
 - 2) podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez uczelnię medyczną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; albo
 - 3) podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącym kształcenie podyplomowe lekarzy; albo
 - 4) podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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 dla trybu hospitalizacja) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

5. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, na który obowiązuje współczynnik, zrealizowali co najmniej:

- 1) 90 pierwotnych całkowitych aloplastyk stawu biodrowego, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H13, H14; lub
 - 2) 60 pierwotnych aloplastyk 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 trybu hospitalizacja) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

6. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok na który obowiązuje 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 trybu hospitalizacja) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5.

7. W sytuacji wykonania jednoczasowo zabiegów operacyjnych obustronnych (na narządzie parzystym), rozliczanych grupami: B16, B16G, B17, B17 G, B18, B19, J01, J02, J04 oraz H92, wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla trybu hospitalizacja) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54.”;

- 4) w § 23 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) łączne rozliczanie świadczeń z zakresu hemodializoterapii (kod zakresu

11.4132.002.12), 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 objętych programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego oraz świadczeniobiorcom z ostrym ubytkiem filtracji kłębuszkowej, wymagających czasowego stosowania programu hemodializy;”;

- 5) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:
 - a) w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia,
 - b) w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 6) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:
 - a) w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia,
 - b) w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 7) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:
 - a) w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia,
 - b) w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 8) załącznik nr 1d do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone:
 - a) w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia,
 - b) w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 9) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załącznik nr 3b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 11) załącznik nr 4a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 12) załącznik nr 4b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;

14) załącznik nr 11a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 14 do niniejszego zarządzenia;

15) załącznik nr 16 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 15 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. Zmiany wynikające z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1 pkt 5 lit. b, pkt 6 lit. b, pkt 7 lit. b i pkt 8 lit. b, w zakresie ceny jednostki rozliczeniowej określa się z uwzględnieniem następującego wzoru:

$$C_n = \frac{C_u}{C_b}$$

gdzie:

C_n - cena nowej jednostki rozliczeniowej

C_u – aktualna cena jednostki rozliczeniowej w obowiązującej umowie

C_b – cena bazowa przyjęta dla danego typu umowy do wyliczenia nowej ceny jednostki rozliczeniowej (wartość C_b w przypadku świadczeń SZP wynosi 52 zł).

2. Cena obliczona na podstawie wzoru, o którym mowa w ust. 1, podlega zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku na zasadach ogólnych.

§ 3. 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 § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 4. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 3.

§ 5. Załączniki, o których mowa w § 1:

1) pkt 5 lit. a, pkt 6 lit. a, 7 lit. a i 8 lit. a, znajdują zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w okresie od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 września 2017 r.;

2) pkt 5 lit. b, pkt 6 lit. b, pkt 7 lit. b i pkt 8 lit. b, znajdują zastosowanie do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i rozliczania tych świadczeń, udzielanych od dnia 1 października 2017 r.

§ 6. 1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem załącznika nr 10, który wchodzi w życie z mocą od dnia 1 lipca 2017 r.

2. Załączniki nr 1, 3, 5 i 7 obowiązują do dnia 30 września 2017 r.

3. Załączniki nr 2, 4, 6 i 8 wchodzi w życie z dniem 1 października 2017 r.

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych**

Andrzej Jacyna