

ZARZĄDZENIE Nr 65/2018/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 czerwca 2018 r.

**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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, określone w załączniku nr 1 część b do zarządzenia AOS, o którym mowa w pkt 26, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach lub zakładach diagnostycznych;
- 2) **chemioterapia** – świadczenie, w trakcie którego podawane są produkty lecznicze wymienione w katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii, stanowiącym załącznik nr 1n do zarządzenia w zakresie chemioterapii, o którym mowa w pkt 31,

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

lub substancje czynne wymienione w katalogu refundowanych substancji czynnych, stanowiącym załącznik nr 1t do zarządzenia w zakresie chemioterapii;

- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **karta DILO** – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 5) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 6) **OWU** – Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 7) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 8) **program lekowy** – świadczenie gwarantowane, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach;
- 9) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 138, 160 i 650), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 11) **rozporządzenie PSZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach;
- 12) **rozporządzenie o wykazie świadczeń rozliczanych odrębnie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach;
- 13) **rozporządzenie o ryczałcie PSZ na pierwszy okres rozliczeniowy** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane

na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844);

- 14) **rozporządzenie o ryczałcie PSZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach;
- 15) **rozporządzenie AOS** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 16) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;
- 17) **rozporządzenie o programach** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 18) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 19) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 20) **rozporządzenie wysokospecjalistyczne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, wydane na podstawie art. 31d ustawy;
- 21) **rozporządzenie POZ** – rozporządzenie ministra właściwego

do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

- 22) **ryczałt PSZ** – ryczałt systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach, stanowiący kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określoną w umowie zawieranej w ramach PSZ;
- 23) **ustawa refundacyjna** – ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 oraz z 2018 r. poz. 650 i 697);
- 24) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w OWU;
- 25) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w OWU;
- 26) **zarządzenie AOS** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 27) **zarządzenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 28) **zarządzenie rehabilitacyjne** – 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, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 29) **zarządzenie SOK** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 30) **zarządzenie o świadczeniach kompleksowych** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania

i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;

- 31) **zarządzenie w zakresie chemioterapii** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 32) **zarządzenie w zakresie programów lekowych** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 33) **zarządzenie SOR/IP** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 34) **zarządzenie NiŚOZ** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 35) **zarządzenie „N”** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach zarządzeń, o których mowa w ust. 1 pkt 26 - 35, oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w OWU.

Rozdział 2

Przedmiot umowy

§ 3. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej w ramach PSZ, o której mowa w § 1, zwanej dalej „umową”, jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w PSZ.

§ 4. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności we właściwych przepisach wydanych na podstawie art. 31d, art. 95m ust. 12 oraz art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

5. Wykaz objętych umową PSZ zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących profile PSZ oraz odpowiadających tym zakresom jednostek rozliczeniowych w poszczególnych okresach sprawozdawczych i w danym okresie rozliczeniowym oraz cen jednostek rozliczeniowych i kwot zobowiązania dla poszczególnych zakresów tych świadczeń, stanowi plan rzeczowo-finansowy, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

6. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy lub zgodnie z „Harmonogramem dodatkowym – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 6** do umowy.

7. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

8. Świadczenia opieki kompleksowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców i współrealizatorów, o których mowa w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych. Wzór „Wykazu współrealizatorów” określony jest

w **załączniku nr 4** do umowy.

9. Świadczenia mogą być udzielane przez podwykonawcę spełniającego warunki, określone w odpowiednich rozporządzeniach, o których mowa w § 2 pkt 15-21 oraz w przepisach odrębnych.

10. 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.

11. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń objętych kontrolą (w szczególności podwykonawców) oraz o jej wynikach.

12. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

Rozdział 3

Zasady udzielania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ

§ 5. 1. Wartość ryczałtu PSZ na okres rozliczeniowy wyliczana jest zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ryczałtem PSZ są sprawozdawane na zasadach określonych w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.

3. Do wyliczenia wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w ust. 1, przyjmuje się świadczenia prawidłowo sprawozdane.

4. Wyliczenie wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w ust. 1, na kolejny okres rozliczeniowy następuje w terminie 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 5. O wartości ryczałtu wyliczonej w sposób, o którym mowa w zdaniu pierwszym, dyrektor oddziału Funduszu informuje świadczeniodawcę za pośrednictwem

serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych przez Fundusz.

5. Do czasu wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczału PSZ, o której mowa w ust. 4, stosuje się ryczałt w wysokości obowiązującej w poprzednim okresie rozliczeniowym, z uwzględnieniem długości okresów rozliczeniowych. Ryczałt, o którym mowa w ust. 4, obowiązuje od pierwszego dnia okresu rozliczeniowego.

6. W przypadku wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczału PSZ, o której mowa w ust. 4, skutki tej zmiany uwzględnia się począwszy od okresu sprawozdawczego, w którym dokonano zmiany.

7. W przypadku zmiany, w trakcie okresu rozliczeniowego, wysokości ryczału PSZ wynikającej z przepisu art. 136c ust. 4 ustawy o świadczeniach, skutki tej zmiany uwzględnia się począwszy od okresu sprawozdawczego, w którym dokonano zmiany.

§ 6. 1. Świadczenia realizowane w profilach systemu zabezpieczenia określonych w rozporządzeniu PSZ obejmują hospitalizacje udzielane w oddziałach szpitalnych.

2. Dopuszcza się zlecanie podwykonawcy realizacji jedynie części świadczeń udzielanych w ramach danego profilu systemu zabezpieczenia.

§ 7. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń udzielonych w ramach hospitalizacji finansowanych ryczałtem PSZ (w tym świadczeń, o których mowa w § 22 i 23 zarządzenia szpitalnego) odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu szpitalnym.

2. Zasady łącznego sprawozdawania świadczeń z różnych rodzajów świadczeń są określone w: zarządzeniu szpitalnym, zarządzeniu AOS, zarządzeniu SOK, zarządzeniu rehabilitacyjnym, zarządzeniu w zakresie chemioterapii, zarządzeniu w zakresie programów lekowych oraz w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych.

3. Jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup albo odpowiednio z katalogu produktów odrębnych

nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te sprawozdawane są jako jedno świadczenie.

4. Produkty jednostkowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w załącznikach nr 1a - 1c i 1ts do zarządzenia szpitalnego.

§ 8. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie hospitalizacji do świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych ryczałtem PSZ odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w § 24 zarządzenia szpitalnego.

2. Produkty jednostkowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w załączniku nr 1w do zarządzenia szpitalnego.

§ 9. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych ryczałtem PSZ obejmujących: świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, porady receptowe, świadczenia pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenia odrębne 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 pierwszorazowe

- ustala się współczynnik korygujący o wartości 2,0.

3. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są odpowiednio w załączniku nr 1a, 5a i 5b do zarządzenia 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).

§ 10. 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 sytuacji 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.

§ 11. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych finansowanych ryczałtem PSZ odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu SOK.

2. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń, o których mowa w ust. 1, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia SOK.

§ 12. 1. Świadczenia, o którym mowa w § 7-11 finansowane są ryczałtem PSZ, za wyjątkiem świadczeń wymienionych w **załączniku nr 1** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.

2. Należność z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, za okres sprawozdawczy, określona jest zgodnie z przepisami OWU.

Rozdział 4

Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania

§ 13. Świadczenia opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania, zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanymi na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz sposób ich sprawozdawania i rozliczania są określone w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia.

§ 14. 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. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000), 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

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

2. 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.

3. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, obejmuje łącznie wszystkie świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które mogą być realizowane przez szpital PSZ na określonym poziomie i zgodnie z przepisami art. 32a ustawy o świadczeniach oraz przepisami rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia wydanych na podstawie art. 31d tej ustawy.

4. Kwota, o której mowa ust. 3, nie obejmuje finansowania chemioterapii,

radioterapii paliatywnej i programów lekowych, w tym świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO.

§ 15. 1. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomu szpitali:

- 1) ogólnopolskich, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach,
- 2) onkologicznych lub pulmonologicznych, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach,
- 3) III stopnia, o których mowa w art. 95 I ust.2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, u których udział wartości sfinansowanych świadczeń onkologicznych, za okres ostatniego pełnego roku kalendarzowego, wyniósł co najmniej 40% wartości tych świadczeń sfinansowanych na terenie danego województwa

– w sytuacji rozliczania świadczeń produktami rozliczeniowymi:

- 1) określonymi w załączniku nr 1e do zarządzenia w zakresie chemioterapii, z wyłączeniem świadczeń polegających na zapewnieniu zakwaterowania świadczeniobiorcom poza oddziałem szpitalnym,
- 2) o kodzie 5.52.01.0001424 - Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej,
- 3) o kodzie 5.52.01.0001440 - Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.,
- 4) o kodzie 5.52.01.0001470 - Hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej – w oddziale radioterapii / onkologii klinicznej,
- 5) o kodzie 5.52.01.0001499 - Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej,
- 6) o kodzie 5.52.01.0001504 - Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.

– ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,2.

2. W zakresach świadczeń diagnostyki onkologicznej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, realizowanych poza pakietem

onkologicznym, określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia, sprawozdawane i rozliczane są świadczenia z katalogów do zarządzenia AOS, zgodne z zakresem świadczeń odpowiadającym danej dziedzinie medycyny wraz z jednostką chorobową według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D37-D44, D45, D46, D47.0-D47.7, D47.9, D48, D75.2, D76.0.

3. W zakresach świadczeń diagnostyki i leczenia onkologicznego w rodzaju leczenie szpitalne, realizowanych poza pakietem onkologicznym określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia, sprawozdawane i rozliczane są świadczenia z katalogów do zarządzenia szpitalnego, zgodne z zakresem świadczeń odpowiadającym danej dziedzinie medycyny wraz z jednostką chorobową według klasyfikacji ICD-10: C00-C43, C45-C97, D00-D03, D05-D09, D11.0, D14.0 (nie obejmuje polipów zatoki przynosowej, ucha środkowego i jamy nosowej), D32, D33.0-D33.4, D35.2, D35.4, D45, D46, D47.0-D47.7, D75.2, D76.0.

§ 16. 1. W celu objęcia umową PSZ świadczeń opieki kompleksowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca spełniający warunki wymagane do ich realizacji, określone w przepisach rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanych na podstawie art. 31d i art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach oraz w zarządzeniu o świadczeniach kompleksowych, składa w terminie do 45 dnia przed rozpoczęciem okresu rozliczeniowego wnioski do dyrektora Oddziału Funduszu zgodny ze wzorem określonym przez Fundusz.

2. Oddział Funduszu w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, weryfikuje spełnienie przez świadczeniodawcę warunków wymaganych do realizacji świadczeń opieki kompleksowej.

3. W przypadku:

- 1) spełnienia przez świadczeniodawcę warunków wymaganych do realizacji świadczeń opieki kompleksowej;
- 2) pozytywnej weryfikacji dokonanej przez dyrektora Oddziału Funduszu uwzględniającej:

- a) mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,
 - b) analizę zapotrzebowania na przedmiotowe świadczenia
- dyrektor oddziału Funduszu na podstawie art. 95n ust. 14 pkt 3 ustawy o świadczeniach dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1 tej ustawy. Zmieniony wykaz obowiązuje od pierwszego dnia kolejnego okresu rozliczeniowego.

4. Produkty katalogowe dla świadczeń określonych w załącznikach nr 3a lub 3b do zarządzenia szpitalnego, dla których w przepisach rozporządzenia szpitalnego określono dodatkowe warunki ich realizacji, mogą zostać udostępnione przez dyrektora Oddziału Funduszu w ramach pakietu produktów rozliczeniowych do umów, wyłącznie w przypadku:

- 1) spełnienia przez świadczeniodawcę dodatkowych warunków realizacji tych świadczeń;
- 2) pozytywnej weryfikacji dokonanej przez dyrektora Oddziału Funduszu uwzględniającej:
 - a) mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,
 - b) analizę zapotrzebowania na przedmiotowe świadczenia.

§ 17. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, z wyjątkiem sytuacji określonych w odrębnych przepisach.

2. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

4. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3,

świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4 z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia.

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 18. Zmiana zakresu przedmiotowego świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ w trakcie okresu rozliczeniowego, skutkująca ograniczeniem dostępności do świadczeń, nie może naruszyć zakresu działalności określonego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy.

Rozdział 5

Postanowienia końcowe

§ 19. Dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

§ 20. Traci moc zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 21. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Andrzej Jacyna