**Uzasadnienie**

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego  
w art. 146 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”.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne  
oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne określa - uregulowane dotychczas w dwóch odrębnych zarządzeniach, tj. w zarządzeniu:

1. Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz
2. Nr 58/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

- przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zarówno w rodzaju leczenie szpitalne jak i w rodzaju leczenie szpitalne -świadczenia wysokospecjalistyczne oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń w ww. rodzajach.

Dotychczasowe rozwiązania (określone w odrębnych aktach normatywnych) implikowały konieczność jednoczesnej zmiany obu zarządzeń, w sytuacji wprowadzania nowych produktów rozliczeniowych do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania  
i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, tak aby możliwe było ich rozliczanie również na podstawie zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania  
i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. Należy przy tym podkreślić, że realizatorami umów o udzielanie świadczeń zarówno w rodzaju leczenie szpitalne jak i w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne byli ci sami świadczeniodawcy. Tym samym, regulacje znajdujące się odrębnie w dwóch aktach normatywnych powodowały dublowanie tych samych przepisów zarówno w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne jak i zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania  
i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, co ograniczało interesariuszom transparentność treści zarządzeń.

W związku z powyższym, w treści normatywnej zarządzenia dokonano odpowiednich modyfikacji przepisów mających zastosowanie do świadczeń  
w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. Rozbudowany (uzupełniony) został katalog produktów odrębnych o produkty rozliczeniowe dedykowane świadczeniom wysokospecjalistycznym oraz dodano właściwy dla tego rodzaju świadczeń wzór umowy. W katalogu zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym (załącznik nr 3  
do zarządzenia) dodano zakresy świadczeń wysokospecjalistycznych.

Na podstawie opracowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli: *Informacji   
o wynikach kontroli Żywienie pacjentów w szpitalach*, w treści zarządzenia dookreślono, że żywienie powinno być prowadzone zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego publikowanych przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, lub – w przypadku dzieci – zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.

Umożliwiono - w sytuacji udzielania świadczenia niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy - składanie wniosku o wyrażenie zgody na indywidualne rozliczenie świadczenia przed rozpoczęciem realizacji świadczenia; dodatkowo uporządkowano zasady dotyczące rozliczania produktem: *Rozliczenie za zgodą płatnika*.

W celu poprawy jakości sprawozdawczości dookreślono w przepisach,   
że na zakończenie hospitalizacji sprawozdane winno być dokładne rozpoznanie zasadnicze (zgodnie z chorobą zasadniczą), poprzez przypisanie jednoznacznej jednostki chorobowej wg ICD-10.

W § 25 zarządzenia (przepis dotyczący współczynnika korygującego o wartości 1,2 dla świadczeń wysokospecjalistycznych), rozszerzono katalog zakresów uprawniających do wskaźnikowania sprawozdanych produktów, o zakres: *Operacje wad wrodzonych serca i naczyń <1 roku*.

W celu premiowania świadczeniodawców (wolumen jako aproksymacja jakości) specjalizujących się w wykonywaniu określonych grup zabiegów dedykowanych pacjentom onkologicznym (dotyczy karty DiLO), umożliwiono zastosowanie współczynnika korygującego o wartości 1,1. W związku z powyższym, dodano załącznik nr 3c do zarządzenia, będący *Katalogiem produktów dedykowanych   
dla wybranych rozpoznań onkologicznych* (produkty objęte współczynnikiem korygującym).

Ponadto, w zakresach świadczeń: ginekologia i położnictwo oraz chirurgia ogólna umożliwiono rozliczenie grupy *Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna* przy jednoczesnym ograniczeniu możliwości jej jednokrotnego sprawozdawania na rzecz jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku, pozostawiając możliwość jej rozliczenia częściej w uzasadnionych medycznie przypadkach, po ocenie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, oraz wprowadzona została możliwość rozliczenia produktu: *5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego* z katalogu produktów odrębnych, w sytuacji wykonania badania materiału archiwalnego, pobranego również u innego świadczeniodawcy, w sytuacji konieczności modyfikacji przez świadczeniodawcę ustalonego planu leczenia.

Z kolei w załącznikach do zarządzenia w wyniku prowadzonych prac,   
po przeprowadzeniu szczegółowych analiz, w tym po konsultacji z właściwymi   
w sprawie Konsultantami krajowymi:

1) zmodyfikowano sekcję P (Choroby dzieci) oraz w innych zachowawczych grupach JGP dedykowanych dzieciom realizowanych w innych zakresach poprzez:

a) zniesienie redukcji wartości JGP z uwagi na czas hospitalizacji pacjenta   
we wszystkich grupach z sekcji P,

b) utworzenie nowych grup: *P30 Infekcje wirusowe określone*, *P31 Alergie – ostre stany alergiczne, P32 Alergie – odczulanie, P33 Cukrzyca powikłana śpiączką / kwasicą ketonową, P34 Cukrzyca nie powikłana śpiączką / kwasicą ketonową, P99 Inne choroby dzieci*,

c) odpowiednią modyfikację charakterystyki JGP (załącznik nr 9);

2) zmodyfikowano sekcję B (Choroby narządu wzroku) poprzez:

a) zmiany w produktach związanych z leczeniem zaćmy:

- zmiana grupy B18 na *B18G Usunięcie zaćmy – kategoria I*, zgodnie   
z opisem (załącznik nr 10),

- zmiana grupy B19 na *B19G Usunięcie zaćmy – kategoria II*, zgodnie   
z opisem (załącznik nr 10),

- dodanie do katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b) produktu: *Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy* (dedykowany grupie B18G i B19G),

- dodanie do katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b) produktu: *Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym* (zgodnie z opublikowanym przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne „Standardem kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy – nie dotyczy dzieci”,

- dodanie obowiązku sprawozdawania w raporcie statystycznym ostrości wzroku wg skali Snellena oraz powikłań po zabiegu,

- wprowadzenie współczynnika korygującego o wartości 1,25 w sytuacji zastosowania soczewki torycznej lub anirydialnej, przy rozliczaniu   
grupą B18G,

b) podział grupy B98 na dwie nowe grupy: *B98A Leczenie zachowawcze okulistyczne >17 r.ż.* oraz *B98B Leczenie zachowawcze okulistyczne <18 r.ż.,*

c) zniesienie redukcji wartości grup dla hospitalizacji < 3 dni (za wyjątkiem grupy B98A),

d) zmiana zasad rozliczania grup związanych z przeszczepieniem rogówki (B04, B05, B06), polegająca na wyodrębnieniu kosztu rogówki poprzez utworzenie w katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c) produktu, umożliwiającego rozliczenie poniesionego kosztu rogówki,

e) utworzenie nowych grup: *B03 Leczenie werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej, B25 Wszczepienie wtórne soczewki, B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka,*

f. odpowiednią modyfikację charakterystyki JGP (załącznik nr 9).

Jednocześnie, w wyniku ww. konsultacji wprowadzono współczynnik korygujący o wartości 1,1 dla świadczeniodawców, którzy w roku poprzedzającym rok, na który obowiązuje współczynnik, zrealizowali co najmniej:

- 250 zabiegów związanych z leczeniem jaskry, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B11 lub B72, lub

- 400 zabiegów wykonanych metodą witrektomii i/lub fakowitrektomii,   
w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B16, B16G, B17, B17G.

W katalogu produktów odrębnych:

1) (załącznik nr 1b do zarządzenia) utworzono produkt: *5.52.01.0001524 Hospitalizacja diagnostyczna*, dedykowany do rozliczenia hospitalizacji związanej wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, gastroskopia, kolonoskopia). Produkt możliwy jest do rozliczenia we wszystkich zakresach zachowawczych z wyłączeniem onkologii klinicznej i hematologii;

2) (załącznik nr 1b do zarządzenia) utworzono produkt rozliczeniowy: *5.52.01.0001525 Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach leczenia jawnej postaci porfirii wątrobowej (hemina ludzka)*, rozliczany na podstawie rachunku/ faktury,  
w trybie ambulatoryjnym, a w sytuacji hospitalizacji podczas której zaistniała konieczność podania heminy ludzkiej; umożliwiono w katalogu produktów  
do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia), sumowanie kosztów heminy dedykowanych grupie *K28F Wrodzone wady metaboliczne <66 r.ż.*; dodatkowo umożliwiono rozliczanie grupy K28F w zakresie: onkologia i hematologia dziecięca.

W katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia):

1) w produkcie *5.53.01.0001528 Konsultacja w zakresie kwalifikacji  
do wykonania znieczulenia do zabiegu operacyjnego*, diagnostycznego lub leczniczego, dookreślono warunek, że konsultacja ma się odbyć nie później niż na  
7 dni przed datą hospitalizacji. Tygodniowy okres związany jest z ewentualnym czasem na stabilizację stanu pacjenta przed planowanym zabiegiem operacyjnym,  
np. wyrównanie stanu klinicznego związanego z nadciśnieniem czy cukrzycą.

2) zwiększono wartość produktu: *5.53.01.0001510 Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu nie zawarte w JGP*.

Z kolei w załączniku nr 4a do zarządzenia (Skala TISS – 28):

- w sekcji 3. Krążenie pkt d *Cewnik tętniczy* dookreślono, że obwodowy cewnik  
w tętnicy i cewnik Swana – Ganza (pkt d) są sprawozdawane alternatywnie,

- w sekcji 4. Nerki pkt a Leczenie nerkozastępcze – dookreślono,   
że zalicza się czynność polegającą na założeniu cewnika dializacyjnego. Natomiast czynność leczenie nerkozastępcze będzie możliwe do sprawozdania za 1 pkt.

Rozliczenie zabiegu związanego z leczeniem nerkozastępczym następuje poprzez odpowiednie produkty z katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia): Ciągłe leczenie nerkozastępcze i/lub Intensywna hemodializa,

- w sekcji 5. Metabolizm – dookreślono zalecaną podaż energii określoną przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zobowiązano świadczeniodawców do prowadzenia dokumentacji żywieniowej, zgodnie z załącznikami nr 6a – 6g do zarządzenia.

W karcie kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego (załącznik nr 6 do zarządzenia a), wprowadzono korektę redakcyjną, zgodnie  
z opinią Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego  
i Metabolizmu. Zmodyfikowano, zgodnie z wnioskiem Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci wzory załączników: karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego (załącznik nr 6c), karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci (załącznik nr 6d), karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego i/lub drogą przewodu pokarmowego noworodków (załącznik nr 6e), karta monitorowania leczenia żywieniowego noworodków (załącznik nr 6f).

W załączniku nr 7 do zarządzenia - Wykaz badań genetycznych w chorobach nowotworowych dokonano zmian zgodnych z opracowaniem ekspertów w dziedzinie genetyki onkologicznej.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie   
z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika   
do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie   
ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych   
na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony   
do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym   
we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy   
o świadczeniach.

W trakcie konsultacji społecznych do projektu zarządzenia wpłynęły 243 uwagi.

Wykaz najistotniejszych uwag:

1. Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii (Prof. nadzw. dr hab. n. med. Teresa Jackowska) zaproponował:

1) zastosowanie do rozliczania hospitalizacji dzieci poniżej 1. roku życia współczynnika korygującego o wartości 1,5 i od 2 do 6 roku życia o wartości 1,2 – uwaga rozpatrzona negatywnie, ze względu na brak możliwości potwierdzenia stanowiska konsultanta o wyższych kosztach udzielania świadczeń dzieciom młodszym, planowane jest prowadzenie dalszych analiz w tym zakresie,

2) przywrócenie możliwości sprawozdawania do rozliczenia kodów   
wg klasyfikacji ICD-10 z rozszerzeniem .9 nieokreślone - uwaga uwzględniona częściowo, umożliwiono sprawozdawanie części chorób infekcyjnych bez ustalenia ich przyczyny,

2. Prof. Marek Rękas Konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki wnioskował o:

1) zastosowanie współczynników korygujących przy rozliczaniu produktów zabiegów usuwania zaćmy łącznie dla zabiegu i oraz porady kontrolne - uwaga została uwzględniona;

2) zwiększenie współczynnika korygującego w sytuacji zastosowania soczewki torycznej z wartości 1,2 do wartości 1,25, a w przypadku soczewki anirydialnej 1,2 przy rozliczaniu grupą B18G ze względu na wycenę pozwalająca wszczepić soczewkę toryczną wynoszącą około 3500 PLN – uwaga została uwzględniona.

3. Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii do punktacji   
w skali TISS -28 zgłosiło następujące uwagi:

1) punkty 2a, 2b oraz punkt 6a wykluczają się wzajemnie w zakresie postanowień dotyczących punktacji TISS przypisanej intubacji dotchawiczej  
i generują chaos w całej skali – uwaga została uwzględniona, wykreślono intubację dotchawiczą z punktów 2a i 2b

2) nieuzasadnione klinicznie i naukowo, zarówno pod względem merytorycznym jak i organizacyjnym jest przypisanie możliwości rozliczenia zestawu   
do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego jedynie oddziałom o drugim stopniu referencyjności. Takie rozwiązanie jest szkodliwe przede wszystkim dla chorych z nadciśnieniem śródczaszkowym, u których nadal rezygnować będzie   
się z zakładania czujnika ICP z uwagi na jego duże koszty a terapia prowadzona będzie suboptymalnie lub nawet nieskutecznie – uwaga uwzględniona umożliwiono rozliczanie założenia czujnika ICP również oddziałom pierwszego stopnia referencyjności,

3) założenie cewnika Swana-Ganza i monitorowanie ciśnień w łożysku żylnym   
i płucnym (poprzez kaniulację żyły centralnej) w żaden sposób nie mogą wykluczać punktacji związanej z monitorowaniem ciśnienia tętniczego (poprzez kaniulację tętnicy obwodowej). To dwa różne układy naczyń, dwie różne metody monitorowania z technicznego i medycznego punktu widzenia. Proponujemy utrzymanie dotychczasowego zapisu, punktującego odrębnie te dwie odrębne procedury: cewnik tętniczy (5 punktów) oraz cewnik w tętnicy płucnej   
(8 punktów) – uwagi nie uwzględniono. Założenie cewnika Swana – Ganza wykonuje się aktualnie rzadko, najczęściej po określonych zabiegach kardiochirurgicznych. Dodatkowo, założenie cewnika Swana-Ganza   
jest odrębnie punktowane, jako jedna z czynności jednorazowych Natomiast   
do inwazyjnej oceny parametrów życiowych najczęściej stosuje się obwodowe cewniki dotętnicze. Tym samym niezasadne jest jednoczesne punktowanie prowadzenie monitorowania parametrów życiowych przy pomocy obu tych metod,

4) dodanie przepisu o rozliczeniu założenia cewnika do dializy w punkcie 6a jako pojedynczej interwencji oraz pozostawienie zapisu o możliwości rozliczenia leczenia nerkozastępczego w ramach punktu 4a. Zaproponowano doprecyzowanie przepisu, w taki sposób aby punktacja przyznana w ramach punktu 4a odnosiła się do postanowień z załącznika 1c „Ciągłe leczenie nerkozastępcze” o kodzie 5.53.01.0001472. Ponadto, zaproponowano dodanie przepisu mówiącego iż 3 punkty (w punkcie 4a) przysługują za rozliczenie terapii trwającej mniej niż 24 godziny oraz terapii technikami przerywanymi- uwaga częściowo uwzględniona – wprowadzono możliwość sprawozdawania czynności Leczenie nerkozastępcze o wartości 1pkt. oraz czynności: Założenie cewnika do dializy o wartości 3 pkt.

4. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera UM w Poznaniu, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi, Oddział Kardiochirurgii Górnośląskie Centrum Medyczne im. Prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Uniwersytecki Szpital Kliniczny Wrocław zgłosiło uwagi o następującej treści: przy rozliczaniu świadczeń wysokospecjalistycznych postulujemy zmianę obecnie obowiązującej regulacji przez zniesienie zapisów ujętych w załączniku nr 1w dotyczących wymogu hospitalizacji  
w wymiarze 36 h po zabiegu (w przypadku dzieci 60h) jako stałej składowej finansowania świadczeń z dotacji budżetowej - uwaga nie została uwzględniona  
z względu na przepisy określające jakie elementy świadczenia wysokospecjalistycznego są finansowane z dotacji budżetowej;

5. Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu  
- w opinii tego podmiotu:

1) 5.52.01.0001524 hospitalizacja diagnostyczna również powinna być dostępna  
w onkologii klinicznej – uwaga nieuwzględniona, dla onkologii klinicznej dedykowana jest grupa diagnostyczna Z01;

2) zmiana przepisu dotyczącego produktu rozliczeniowego *5.51.01.0021001* *Kompleksowa diagnostyka onkologiczna,* na umożliwiający rozliczanie   
w stosunku do jednego świadczeniobiorcy w zależności od wznowy – uwaga uwzględniona, umożliwiono jednokrotne sprawozdawania na rzecz jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku, pozostawiając możliwość rozliczenia częściej w uzasadnionych medycznie przypadkach, po ocenie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;

3) wprowadzenie produktu rozliczeniowego Planowanie leczenia radioterapii – uwaga nieuwzględniona, wymaga dalszych analiz we współpracy z AOTMiT.

6. Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej, zaproponowała doprecyzowanie zasad finansowania diagnostycznych badań genetycznych będących podstawą włączenia chorych do leczenia w ramach programów lekowych. Ze względu  
na charakter diagnostyki, która dotyczy całej populacji   
i jednocześnie wysoki koszt tych oznaczeń, byłoby zasadne rozliczanie   
w oparciu o produkty rozliczeniowe w umowie leczenie szpitalne tj. Podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych, Złożone badanie genetyczne  
w chorobach nowotworowych, Zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych, Badanie genetyczne materiału archiwalnego – uwaga częściowo uwzględniona, wprowadzano zaktualizowany załącznik nr 7 do zarządzenia.

7. Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach: zaproponował wprowadzenie współczynnika korygującego o wartości 1,1  
dla placówek realizujących określoną liczbę świadczeń, niezależnie czy zostały wykonane z kartą DiLO czy poza pakietem onkologicznym – uwagi nie uwzględniono, celem wprowadzenia współczynnika jest promowanie jakości przez aproksymację oraz terminowość wykonywania świadczeń.

8. Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych   
im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego: zaproponowało wprowadzenie współczynnika korygującego 1,2 dla rozpoznań: C34, C67, C56, C18, C53-55, C64-65, C50, C61, C25, C16 umożliwiającego zmniejszenie różnic między taryfą świadczeń zabiegowych a realnymi kosztami ponoszonymi przez wysokospecjalistyczne szpitale onkologiczne, w których oddziały chirurgii onkologicznej przynoszą największe straty finansowe - oddziały chirurgii onkologicznej finansowane są jedynie w 52,6%. Większość procedur zabiegowych jest niedofinansowana a skala niedofinansowania waha się od 20 do 70% - uwagi nie uwzględniono, natomiast wymaga dalszych analiz.

9. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego   
w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach: wnioskowali  
o zwiększenie wartości nowoutworzonego produktu pn. "Hospitalizacja diagnostyczna" – uwaga uwzględniona, zwiększono wartość hospitalizacji diagnostycznej do 150 pkt.

10. Związek Zawodowy Anestezjologów: zaproponowano możliwość rozliczenia produktu rozliczeniowego: Konsultacja w zakresie kwalifikacji do znieczulenia  
w ramach zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego pod warunkiem, że konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia odbyła się nie później niż 14 dni przed datą hospitalizacji. W zarządzeniu przyjęto rozwiązanie polegające na skróceniu terminu do 7 dni przed hospitalizacją – uwaga uwzględniona.

11. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Centrum Onkologii w Bydgoszczy: zaproponował umożliwienie rozliczania konsultacji anestezjologicznej w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia  
do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego, w wyniku której pacjent nie uzyskał tejże kwalifikacji - uwaga nieuwzględniona, możliwość wykonania kwalifikacji do znieczulenia przed przyjęciem do szpitala, w sytuacji stwierdzenia  
w trakcie ww. kwalifikacji przeciwwskazań do znieczulenia ogranicza koszty świadczeniodawcy zbędnej hospitalizacji pacjenta z przeciwwskazaniami  
do znieczulenia oraz koszty niewykorzystanego, a zarezerwowanego na rzecz tego pacjenta bloku operacyjnego.

12. Uniwersytecki Szpital Kliniczny. Wrocław, Śląskie Centrum Chorób Serca   
w Zabrzu: zaproponował w sekcji E – „choroby serca” w zakresie dotyczącym grupy *E04 Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką* - zmianę treści kryteriów koniecznych do rozliczenia świadczenia poprzez zmianę zapisu w dotychczasowym brzmieniu: „wymagane wskazanie procedury z listy procedur E06, procedury z listy procedur E11 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań E12G" na zapis  
w brzmieniu: „wymagane wskazanie procedury z listy procedur E06, procedury z listy procedur E12G"– uwaga uwzględniona

13. Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach: zaproponował wprowadzenie przepisu o treści: Współczynniki korygujące nie mają zastosowania do wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń - uwaga uwzględniona.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.