

**ZARZĄDZENIE Nr 134/2018/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 28 grudnia 2018 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania  
i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne  
– świadczenia wysokospecjalistyczne**

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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, zmienionym zarządzeniem Nr 81/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2018 r., zarządzeniem oraz Nr 87/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2018 r. wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1 pkt 18 otrzymuje brzmienie:

„18) **rozporządzenie o standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;”;

2) w § 12:

a) w ust. 1:

- pkt 3 otrzymuje brzmienie:

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925 i 2192.

„3) Neurologia:

- a) A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym,
- b) 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia;”,

- pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) Neonatologia:

- a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
- b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
- c) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- d) N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki,
- e) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- f) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru,
- g) 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka;”,

b) w ust. 3 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) Neonatologia:

- a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
- b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
- c) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,
- d) N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki,
- e) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,
- f) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru,
- g) 5.53.01.0001648 Zabieg chirurgiczny u noworodka;”;

3) w § 14:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Do rozliczania świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zwanym dalej „OAIiT”, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór stanowi **załącznik nr 4b** do zarządzenia. Świadczeniodawca zobowiązany 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. Wersję papierową karty,

dołącza się do historii choroby.”,

b) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiIT lub objętych koordynowaną opieką dla kobiet w ciąży na drugim lub trzecim poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), lub objętych kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt: 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub produkt: 5.52.01.0001506 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lub produkt: 5.52.01.0001527 – Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOS – zawał w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub produkt: 5.52.01.0001529 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego 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 OAiIT 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 rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.

9. Rozliczanie świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w każdym okresie sprawozdawczym następuje przez produkt o kodzie: 5.52.01.0001512 – Rozliczenie świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii po okresie sprawozdawczym. 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 rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.”;

4) w § 17:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., w zakresach:

- 1) onkologia i hematologia dziecięca, lub
- 2) okulistyka dla dzieci (z wyłączeniem JGP: B18G oraz B19G)

- wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanych zakresów korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.”,

b) uchyla się ust. 2;

c) ust. 4-8 otrzymują brzmienie:

„4. Dla świadczeniodawców będących:

- 1) instytutami, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 736 i 1669), albo
  - 2) podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez uczelnię medyczną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy o działalności leczniczej, albo
  - 3) podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącymi kształcenie podyplomowe lekarzy, albo
  - 4) podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy 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 w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) 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, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej:

- 1) 90 pierwotnych całkowitych alloplastyk stawu biodrowego, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą H13, H14 lub
- 2) 60 pierwotnych alloplastyk 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 odpowiedniego trybu realizacji umowy) 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, w którym stosowany jest 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 odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5.

7. W sytuacji wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych (na narządzie parzystym), rozliczanych grupami:

- 1) B16, B16G, B17, B17G, J01, J02, J04 oraz H92 - wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54;
- 2) B18G, B19G, wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 2,0.

8. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny (z wyłączeniem JGP: Q22, Q23 oraz Q24), wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.”,

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie okulistyka, w sytuacji zastosowania soczewki torycznej lub anirydialnej, przy rozliczaniu grupą B18G, wartość produktu rozliczeniowego (ustalona w katalogu grup odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.”,

e) dodaje się ust. 11 i 12 w brzmieniu:

„11. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio do ukończenia 3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 – PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

12. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio od 4 – 9 r.ż. (od rozpoczęcia 4. r.ż. do ukończenia 9. r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 – PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.”;

5) w § 18 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w **załączniku nr 3c** do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.”;

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

**§ 2.** 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.

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

**§ 4.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Andrzej Jacyna