

ZARZĄDZENIE Nr 56/2021/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 31.03.2021 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 2020 r. poz. 1398, 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 27, 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 33, 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

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 5) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 6) **OWU** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w załączniku do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 7) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w przepisach OWU;
- 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. działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
- 10) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w przepisach OWU;
- 11) **rozporządzenie PSZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 95m ust. 12 ustawy o świadczeniach;
- 12) **rozporządzenie o pilotażu onkologicznym** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej, wydane na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy o świadczeniach;
- 13) **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;
- 14) **rozporządzenie o wykazie świadczeń rozliczanych odrębnie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach;
- 15) **rozporządzenie o ryczałcie PSZ** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach;
- 16) **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;

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 567, 1493, 2112, 2401.

- 17) **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;
- 18) **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;
- 19) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 20) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 21) **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 o świadczeniach;
- 22) **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;
- 23) **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;
- 24) **ustawa refundacyjna** – ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.³⁾);
- 25) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w OWU;
- 26) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w OWU;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 945, 1493, 1875 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159..

- 27) **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;
- 28) **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;
- 29) **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;
- 30) **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;
- 31) **zarządzenie onkologiczne świadczenia kompleksowe** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – onkologiczne świadczenia kompleksowe, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 32) **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;
- 33) **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;
- 34) **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;
- 35) **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;

36) **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;

37) **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 27 - 37, 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** lub nr **6a** 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 ust. 1 pkt 11-22 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 ryczału PSZ, o którym mowa w ust. 1, przyjmuje się świadczenia prawidłowo sprawozdane.

4. Wyliczenie wartości ryczału 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 ryczału 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, 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 § 25 i 26 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, 1ts, 1w i 1ws do zarządzenia szpitalnego.

5. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do pierwszego lub drugiego poziomu w ramach PSZ, w przypadku sprawozdawania produktów sprawozdawczych: F72, F73, F83, F93, G25E, G25F, H83, J34, Q22, Q23, Q24 - ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,20.

6. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu pierwszego stopnia w ramach PSZ, w przypadku sprawozdawania produktów sprawozdawczych rozliczanych ryczałtem – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,02.

7. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu drugiego stopnia w ramach PSZ, w przypadku sprawozdawania produktów sprawozdawczych rozliczanych ryczałtem – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,01.

8. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomu:

- 1) trzeciego stopnia,
- 2) ogólnopolskiego,
- 3) onkologicznego,
- 4) pediatrycznego,
- 5) pulmonologicznego

- w przypadku sprawozdawania produktów określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,03.

§ 8. 1. Sprawozdawanie i dokumentowanie hospitalizacji do świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych ryczałtem PSZ odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w § 27 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,
- 3) 02.1342.601.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia

- 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 których 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, określana 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 2020 r. poz. 2134), 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,
- 8) świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy,
- 9) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej,
- 10) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego,
- 11) świadczenia w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka,
- 12) kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś),
- 13) świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na rzecz pacjentów pierwszorazowych w zakresach:
 - a) świadczenia w zakresie endokrynologii,

- b) świadczenia w zakresie kardiologii,
- c) świadczenia w zakresie neurologii,
- d) świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,

14) ambulatoryjną opiekę ze wskazań nagłych (AON) w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,

15) świadczenia zabiegowe w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,

16) inne niż wymienione w pkt 1-15 świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia

– 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.

5. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość, odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia ponad kwotę zobowiązania, w tym kwartale.

§ 15. 1. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomu szpitali ogólnopolskich, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach, szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 4 ustawy o świadczeniach, a także szpitali III stopnia, o których mowa w art. 95 l 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. Dla zakresów wyodrębnionych w ramach PSZ rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej określa się następujące współczynniki korygujące – w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy spełniają warunki w danym okresie rozliczeniowym w zakresie:

- 1) posiadania certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135), dotyczącego profilu systemu zabezpieczenia, ważnego w dniu rozpoczęcia okresu rozliczeniowego, w tym:
 - a) uzyskanego z wynikiem co najmniej 90% możliwej do uzyskania liczby punktów – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,02, albo
 - b) uzyskanego z wynikiem co najmniej 80% i poniżej 90% możliwej do uzyskania liczby punktów – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,015, albo
 - c) uzyskanego z wynikiem co najmniej 75% i poniżej 80% możliwej do uzyskania liczby punktów – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,01;
- 2) posiadania świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu lub mikrobiologicznemu, będącemu jednostką

organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,005;

- 3) posiadania świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności diagnostyki laboratoryjnej – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,005.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca przy rozliczaniu świadczenia jest uprawniony do zastosowania więcej niż jednego współczynnika korygującego (zbieg współczynników korygujących), wartość stosowanego współczynnika obliczana jest według schematu:

$$\left[\sum_{i=1}^n Q_i - (n - 1) \right]$$

gdzie:

n – liczba zastosowanych współczynników

Qi – wartość kolejnych współczynników

4. Przepisu, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się do rozliczania:

1) leków określonych w:

- a) katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych stanowiącym załącznik nr 1m do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe,
- b) katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii stanowiącym załącznik nr 1n do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia;

2) substancji czynnych określonych w:

- a) katalogu refundowanych substancji czynnych w programach lekowych stanowiącym załącznik 2t do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, o ile został określony,
- b) katalogu refundowanych substancji czynnych w chemioterapii

stanowiącym załącznik nr 1t do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

5. 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.

6. 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 kolejnego kwartału wnioszek do dyrektora Oddziału Funduszu zgodny ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia, zawierający w szczególności:

- 1) dane identyfikacyjne wnioskującego;
- 2) przedmiot umowy, którego dotyczy wnioszek;
- 3) wykaz podwykonawców;
- 4) wykaz współrealizatorów.

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 kwartału następującego po kwartale w którym złożono wnioski.

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.

5. W celu objęcia umową PSZ świadczeń: kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 1-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 maja 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1062). W takim przypadku nie stosuje się postanowień ust. 1-4.

6. Wzór wniosku o objęcie umową PSZ świadczeń, o których mowa w ust. 5, jest określony w załączniku nr 4 do zarządzenia

§ 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

Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowych

§ 19. 1. Wyodrębnia się nowy zakres świadczeń dla ratunkowego dostępu do technologii lekowych dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomu:

- 1) III stopnia;
- 2) ogólnopolskiego;
- 3) onkologicznego;
- 4) pediatrycznego;
- 5) pulmonologicznego.

2. Fundusz finansuje koszt produktu leczniczego w wysokości wynikającej z rachunku lub faktury dokumentującej zakup leku pod warunkiem uzyskania przez

świadczeniodawcę pozytywnej opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy albo konsultanta wojewódzkiego w tej dziedzinie, dotyczącej zasadności zastosowanego produktu leczniczego u danego świadczeniobiorcy.

3. Wzór wniosku świadczeniodawcy do konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych jest określony w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

4. Wzór opinii konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w sprawie zastosowania u świadczeniobiorcy leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych jest określony w **załączniku nr 6** do zarządzenia.

5. Opinię, o której mowa w ust. 4, wraz z kopią rachunku lub faktury dokumentującej zakup leku świadczeniodawca przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Podanie leku, finansowanego w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej (RDTL), może nastąpić na okres terapii nie dłuższy niż 3 miesiące albo trzy cykle leczenia, zgodnie z art. 47d ust. 2 ustawy o świadczeniach.

7. Świadczeniodawca może kontynuować podawanie leku finansowanego w ramach RDTL temu samemu pacjentowi, po upływie jednego z okresów, o których mowa w ust. 6, pod warunkiem potwierdzenia w dokumentacji medycznej pacjenta przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny pacjenta, skuteczności leczenia pacjenta tym lekiem.

8. Informację o kontynuacji leczenia, świadczeniodawca przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wzór informacji, o której mowa w zdaniu pierwszym jest określony w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

Rozdział 5

Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia o pilotażu onkologicznym

§ 20. 1. Do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zawartych w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3 tej ustawy, udzielonych świadczeniobiorcom, o których mowa w § 5 rozporządzenia o pilotażu onkologicznym, przez świadczeniodawców wymienionych w § 6 ust. 1 oraz w załączniku do tego rozporządzenia, zastosowanie mają współczynniki korygujące określone w § 11 ust. 3 tego rozporządzenia oraz określone na podstawie § 16 ust. 2 OWU.

2. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, zobowiązani są do stosowania przepisów rozporządzenia o pilotażu onkologicznym, w szczególności do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w tym rozporządzeniu.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu udzielane są świadczeniobiorcom, którzy wyrazili zgodę na objęcie pilotażem, określoną § 5 ust. 2 rozporządzenia o pilotażu onkologicznym.

Rozdział 6

Zasady realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia o JGPato

§ 21. 1. Świadczenia realizowane w ramach programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, zwanego dalej „pilotażem JGPato”, udzielane są w ramach świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach określonych w art. 15 ust. 2 pkt 2, 3 i 12 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorcom, którym w okresie realizacji programu wykonano badanie patomorfologiczne.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, udzielane są przez świadczeniodawców, wymienionych w wykazie określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia JGPato, po zawarciu przez nich umów z Funduszem na realizację pilotażu JGPato.

3. Warunkiem zawarcia umowy, o której mowa w ust. 2, jest spełnienie przez świadczeniodawcę warunków, o których mowa w § 6 ust. 2 rozporządzenia o JGPato.

4. Wzór umowy, o której mowa w ust. 2, jest określony w **załączniku nr 2a** do zarządzenia.

5. W celu zawarcia umowy świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń wnioski o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na realizację pilotażu JGPato. Wzór wniosku określony jest w **załączniku nr 8** do zarządzenia.

6. Do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których wykonano badanie patomorfologiczne, udzielanych na podstawie karty DiLO, w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, w okresie realizacji pilotażu JGPato, zastosowanie ma współczynnik korygujący w wysokości 1,02, pod warunkiem sprawozdania jednej z grup wskazanej w załączniku nr 3 do rozporządzenia JGPato. Do stosowania współczynnika uwzględnia się świadczenia określone w katalogu nr 1a i 1b stanowiącym załącznik do zarządzenia szpitalnego.

7. Świadczeniodawca – realizator pilotażu JGPato, obowiązany jest do sporządzania sprawozdań dla oddziału Funduszu dotyczących wskaźników realizacji pilotażu JGPato, o których mowa w § 10 rozporządzenia JGPato.

8. Sprawozdania, o których mowa w ust. 7, są sporządzane okresowo - do ostatniego dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, w postaci elektronicznej, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Fundusz. Wzór sprawozdania określony jest w **załączniku nr 9** do zarządzenia.

9. Świadczeniodawca – realizator pilotażu JGPato, przekazuje oddziałowi Funduszu sprawozdanie obejmujące wskaźniki realizacji pilotażu JGPato, o których mowa w § 10 pkt 2 rozporządzenia JGPato:

- 1) okresowo - co miesiąc narastająco - w odniesieniu do liczby wszystkich badań patomorfologicznych wykonanych u świadczeniodawcy w okresie realizacji pilotażu;
- 2) po zakończeniu realizacji pilotażu JGPato – w zakresie odsetka, w odniesieniu do liczby wszystkich badań patomorfologicznych wykonanych u świadczeniodawcy.

10. Na podstawie sprawozdań, o których mowa w ust. 7, oddział Funduszu dokonuje analizy danych, o których mowa w § 5 ust. 4 pkt 1 lit.a rozporządzenia JGPato oraz sporządza raport z realizacji pilotażu JGPato zgodnie z § 5 ust. 4 pkt 2 lit.a rozporządzenia JGPato.

11. W celu przekazania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kopii raportów, o których mowa w § 12 rozporządzenia JGPato, oddział Funduszu przekazuje Centrali Funduszu, w terminie miesiąca po zakończeniu okresu realizacji pilotażu JGPato, raport, o którym mowa w ust. 10.

12. Świadczeniodawca realizujący umowę, o której mowa w ust. 2, obowiązany jest do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umowy, w szczególności zgodnie z rozporządzeniem o JGPato i niniejszym zarządzeniem.

Rozdział 7

Postanowienia końcowe

§ 22. 1. Dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowy, o których mowa w ust. 1, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia z zastosowaniem wzorów umów obowiązujących do tego dnia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 23. Traci moc zarządzenie Nr 185/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 24. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
p.o. PREZESA NFZ