

ZARZĄDZENIE Nr 95/2021/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 27.05.2021 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie
onkologicznych świadczeń kompleksowych**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 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:

§ 1. W zarządzeniu Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Przedmiotem umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych **w załączniku nr 2** do zarządzenia.”;

2) w § 4 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego obejmują:

- 1) diagnostykę;
- 2) leczenie;
- 3) monitorowanie.”;

3) w § 7 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności:

- 1) w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi: w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym;

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, 159 i 694.

2) w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego: w rozporządzeniu szpitalnym i rozporządzeniu ambulatoryjnym.”;

4) w § 11:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu – onkologiczne świadczenia kompleksowe obejmuje łącznie wszystkie świadczenia, w przypadku:

1) kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji;

2) kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.”,

b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Niedopuszczalne jest rozliczanie świadczeń udzielonych świadczeniobiorcy włączonemu do kompleksowej opieki onkologicznej:

1) nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, związanych z przeprowadzeniem procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego lub monitorowania,

2) nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, związanych z przeprowadzeniem procesu diagnostycznego, terapeutycznego lub monitorowania,

- będących przedmiotem umowy w innych zakresach umowy PSZ lub na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, z wyjątkiem przypadków wskazanych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.”,

c) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Jeżeli w przypadku realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej, nastąpi niedotrzymanie terminu realizacji diagnostyki onkologicznej, poziom finansowania odpowiedniego pakietu diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w załączniku nr 1on do zarządzenia.”;

5) w § 12 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym:

1) zakresu świadczeń;

2) grupy – według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogu, stanowiącego **załącznik nr 1on** do niniejszego zarządzenia;

3) produktów jednostkowych określonych w katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne lub w katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiT, stanowiącego **załącznik 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.”;

6) w § 13 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. W sytuacji realizacji świadczenia zabiegowego (zabieg diagnostyczny lub leczniczy) z wykorzystaniem endoskopu lub laparoskopu świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym procedury medycznej: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową lub laparoskopową.”;

7) w § 14 dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, umowa PSZ ulega stosownej modyfikacji poprzez wyłączenie z realizacji umowy:

- 1) diagnostycznych pakietów onkologicznych o kodzie i nazwie: 5.32.00.0000006 diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, 5.33.00.0000004 diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego;
- 2) grup JGP dotyczących zabiegów operacyjnych wykonanych z rozpoznaniem nowotworów jelita grubego;
- 3) produktów radioterapii i hospitalizacji do radioterapii związanych z leczeniem nowotworu jelita grubego.”;

8) w § 15:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą J01G, J01H lub J02 w rozpoznaniu C50 w liczbie co najmniej 250 zabiegów, wartość produktów rozliczeniowych J01G, J01H i J02 określonych w **załączniku nr 1on** do zarządzenia korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.”,

b) dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, którzy w roku

poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą F31 w rozpoznaniach C18 – C20 w liczbie co najmniej 75 zabiegów, wartość produktu rozliczeniowego F31 określona w załączniku nr 1on do zarządzenia korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

4. Liczba świadczeń, o której mowa w ust. 1 i 3, w sytuacji stosowania współczynnika korygującego w roku 2021, obliczana jest na podstawie ich realizacji w roku 2019 albo 2020. Ponadto liczba świadczeń, o której mowa w ust. 1, w sytuacji stosowania współczynnika korygującego w roku 2021, dotyczy świadczeń rozliczonych grupą J01, J01G, J01H lub J02.”;

9) § 16 otrzymuje brzmienie:

„§ 16. Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grup JGP:

1) J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r. ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*,

2) F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*,

3) F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*

- uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w roku 2019 lub 2020 świadczeń zabiegowych dla grup J03F, F32 lub F42, określony w załączniku nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.”;

10) w § 18:

a) w pkt 3 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„3) w odniesieniu do świadczeniobiorców objętych kompleksową opieką onkologiczną, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt: 5.52.01.0001537 Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zwanym dalej „OAiT”, określony w **załączniku 1on** do zarządzenia.”,

b) dodaje się pkt 13 – 15 w brzmieniu:

„13) nie dopuszcza się rozliczania poprzez grupy wskazane w części II załącznika 1on do zarządzenia, hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem

* oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

kosztochłonnego badania diagnostycznego z katalogu produktów do sumowania określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, hospitalizacja (pobyt diagnostyczny) winna być rozliczona poprzez dedykowany produkt (5.52.01.0001524 Pobyt diagnostyczny – w trybie ambulatoryjnym) określony w załączniku nr 1on do zarządzenia, łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym określonym w katalogu produktów do sumowania stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, pod warunkiem, że badanie to zostało uwzględnione w części II pkt 2.4 załącznika nr 3 do zarządzenia;

14) dopuszcza się, w sytuacjach uzasadnionych medycznie, jednoczesowe rozliczenie więcej niż jednego kosztochłonnego badania diagnostycznego wymienionego w katalogu produktów do sumowania określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, w sposób, o którym mowa w pkt 13 w zdaniu drugim, poprzez ich łączne rozliczenie;

15) nie dopuszcza się rozliczania produktu: Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna określonego w załączniku 1on do zarządzenia, więcej niż raz w roku w stosunku do danego świadczeniobiorcy. W przypadkach uzasadnionych medycznie, dopuszcza się możliwość odstąpienia przez dyrektora właściwego oddziału Funduszu od zasady, o której mowa w zdaniu pierwszym, na pisemny wniosek świadczeniodawcy zawierający uzasadnienie.”;

11) załącznik nr 1on do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

12) załączniki nr 2 i 3 do zarządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 2 i 3 do niniejszego zarządzenia.

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

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2021 r.

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Bernard Waśko

W zastępstwie p.o. PREZESA NFZ