ZARZĄDZENIE Nr 2/2022/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 03.01.2022 r.

w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.[1)]) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

– w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
2) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
3) **Ogólne warunki umów** – przepisy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
4) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834,1981, 2120 i 2270.

5) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120);
6) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
7) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
8) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
9) **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
10) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
11) **ryczałt** – uśrednioną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń ambulatoryjnej specjalistycznej opieki kardiologicznej w ramach Kompleksowej opieki po zawale serca (KOS-zawał), określoną w załączniku nr 4 do zarządzenia;
12) **świadczenia kompleksowe** – zakres świadczeń, o którym mowa w pkt 15, w ramach którego realizowana i finansowana jest kompleksowa opieka nad pacjentem skoordynowana przez jeden ośrodek – podmiot koordynujący, obejmująca postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne, specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji;
13) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
14) **współrealizator** – komórkę organizacyjną w strukturze podmiotu składającego ofertę i koordynującego opiekę kompleksową, która uczestniczy w realizacji świadczeń w zakresie tej opieki;

15) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
16) **zarządzenie w rodzaju leczenie szpitalne** – zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniach, o których mowa w ust. 1 pkt 7 - 10 oraz w Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2
Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

1) województwa;
2) grupy powiatów;
3) powiatu;
4) dwóch lub więcej gmin;
5) gminy;
6) więcej niż jednej dzielnicy;
7) dzielnicy.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
3) 85143000–3 Usługi ambulatoryjne;
4) 85312500–4 Usługi rehabilitacyjne;
5) 85141210–4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych.

3. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach oraz kryteriami wyboru ofert, określonymi w rozporządzeniu kryterialnym.

4. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia.

Rozdział 3
Szczegółowe warunki umowy

§ 4. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, w zakresach określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

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

§ 5. 1. Katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1, stanowiący **załącznik nr 1k** do zarządzenia, obejmuje:

1) leczenie: diagnostykę, leczenie zachowawcze lub inwazyjne, lub zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji;

2) rehabilitację realizowaną w warunkach: stacjonarnych, oddziału/ośrodka dziennego, domowych;

3) kontrolę procesu leczenia: porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2. Szczegółowy opis przedmiotu umowy określony jest w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym

oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

3. Godziny pracy personelu, określone w przepisach, o których mowa w ust. 1, mogą być tożsame z godzinami pracy personelu udzielającego świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń w zakresach stanowiących elementy świadczeń z zakresu kompleksowej opieki.

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców", którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6 ust. 1 i 2.

4. 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.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli każdego z podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. 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 niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępniania, na żądanie Funduszu, rejestru zakażeń zakładowych.

3. 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.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, 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.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

6. 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 § 6 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

7. 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.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby", którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby", stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) rozpoznanie zasadnicze i nie więcej niż trzy rozpoznania współistniejące -

według ICD-10;

2) istotne procedury medyczne łącznie z datą ich wykonania - według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, winny być zgodne z danymi:

1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849);

2) określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 i 2120).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4, stanowi warunek rozliczenia świadczeń.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:

1) zakresu świadczeń, grupy według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogu, stanowiącego **załącznik nr 1k** do zarządzenia;

2) produktów jednostkowych określonych w katalogu produktów do sumowania, stanowiącego załączniki nr 1c i 1ts do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.

7. Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów, dotyczącego świadczeń z zakresu Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), następuje w oparciu o narzędzie informatyczne udostępniane przez Fundusz.

8. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające produktom rozliczeniowym określonym w **załączniku nr 1k** do zarządzenia oraz w **załącznikach nr 1c i 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

9. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) przekroczy kwotę zobowiązania

Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz odpowiednio kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

10. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9 ogłaszane są przez Prezesa Funduszu na stronie podmiotowej Funduszu.

§ 11. 1. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów rozliczeniowych, o których mowa w § 5 ust. 1, jest punkt.

2. Szczegółowy opis świadczeń w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) jest określony w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

3. Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie przez podmiot realizujący umowę w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu do Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), związanych z diagnostyką inwazyjną zawału serca, leczeniem zachowawczym lub inwazyjnym zawału serca, obejmującym zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta rewaskularyzację naczyń wieńcowych lub pomostowanie aortalno-wieńcowe, implantacją właściwego sytemu ICD lub CRT-D, rehabilitacją oraz opieką ambulatoryjną, będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, za wyjątkiem przypadków wskazanych w **załączniku nr 4** do zarządzenia.

§ 12. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), w sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym oraz hipotermią leczniczą, finansowanych w ramach produktów określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w **załącznikach: nr 5a, 5b, 6a-6g** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym lub monitorowaniem pacjenta podczas hipotermii leczniczej należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

2. W przypadku rozliczania produktu: 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub

posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 16** do zarządzenia.

§ 13. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

1) poszczególne elementy opieki kompleksowej, realizowane zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjenta w ramach leczenia szpitalnego, rehabilitacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, finansowane są osobno;
2) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę JGP z katalogu świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
3) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami z innymi produktami rozliczeniowymi, na zasadach określonych w katalogu, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu świadczeń kompleksowych, stanowiącego **załącznik nr 1k** do zarządzenia z produktami katalogowymi dedykowanymi do rozliczania świadczeń w OAiIT, zawartymi w katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne i katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, określonym w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, z zastrzeżeniem pkt 5;
5) finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu w rodzaju leczenie szpitalne odpowiednio przez produkt rozliczeniowy o kodzie 5.52.01.0001527 - Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOS-zawał w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – z katalogu produktów odrębnych, w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, lub łącznego rozliczenia produktów dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne;
6) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami,

określonymi w załączniku nr 1k do zarządzenia, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu produktów do sumowania, określonymi w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile w katalogu produktów do sumowania dopuszczono taką możliwość;

7) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
8) 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 świadczeń kompleksowych, określonego **w załączniku nr 1k** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednoczasowo, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 9;
9) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 8 nie dotyczy hospitalizacji w celu ukończenia procesu rewaskularyzacji naczyń wieńcowych lub wykonania zabiegu kardiochirurgicznego (pomostowanie aortalno – wieńcowe), wizyty koordynującej – kontrolnej oraz rehabilitacji kardiologicznej;
10) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji;
11) w przypadkach, o których mowa w pkt 10, świadczeniodawca występuje do dyrektora oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, w trakcie hospitalizacji albo w terminie 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;
12) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 11, wydaje dyrektor oddziału Funduszu, na zasadach i w terminie określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;
13) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu

na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu;

14) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), wprowadza się współczynniki korygujące dla świadczeń, określonych w katalogu świadczeń kompleksowych, w przypadku:

a) realizacji świadczeń Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału kardiochirurgicznego funkcjonującego w trybie całodobowym z wyodrębnionym dyżurem lekarskim, przy rozliczaniu świadczeń związanych z pomostowaniem naczyń wieńcowych w ramach grup: E04, E05G, E06G, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2,

b) rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji kardiologicznej w terminie 14 dni od dnia wypisu ze szpitala, rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1,

c) realizacji świadczeń Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) w ramach posiadanego w strukturze organizacyjnej oddziału dziennej rehabilitacji kardiologicznej, przy rozliczaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji dziennej, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1,

d) wydania czynnemu zawodowo pacjentowi po zawale mięśnia sercowego, w terminie 4 miesięcy od dnia wypisu ze szpitala, zaświadczenia lekarskiego przez lekarza sprawującego opiekę nad tym pacjentem, o braku przeciwskazań ze strony układu krążenia do podjęcia/wykonywania pracy, wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla leczenia i monitorowania), korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1, po wystawieniu ww. zaświadczenia,

e) pacjenta po zawale mięśnia sercowego, u którego wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zostały zrealizowane w terminie 12 miesięcy zgodnie z założeniami Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) – wartość produktów rozliczeniowych (ustalona dla leczenia i monitorowania) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,15, przy rozliczeniu bilansu opieki,

f) świadczeniodawców będących:

- instytutami, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383 oraz z 2021 r. poz. 1192) albo
- podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez uczelnię medyczną w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, albo
- podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącymi kształcenie podyplomowe lekarzy, albo
- 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przedstawionej właściwemu oddziałowi Funduszu

- udzielających świadczeń świadczeniobiorcom w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), wartość JGP: E10, E11, E12G, E15, E16, E17G, E23G, E24G, E26, E29 korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1,

g) realizacji świadczeń w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) w ramach JGP:
E23G, E24G, E26, E29, E04, E05G, E06G, E32, E33, E34, E36, wartość produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,08;

15) w celu naliczenia współczynników, o których mowa w pkt 14 lit. d lub e, świadczeniodawca sprawozdaje produkt rozliczeniowy o kodzie 5.56.01.0000001- „Produkt premiowy KOS-zawał”;
16) kwota na finansowanie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) obejmuje procedury (wykonywane stacjonarnie i ambulatoryjnie), o których mowa w przepisach rozporządzenia szpitalnego, rozporządzenia ambulatoryjnego oraz rozporządzenia rehabilitacyjnego, a także określone w niniejszym zarządzeniu, bez uwzględnienia świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów;

17) kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) zostaje zakończona przedterminowo w przypadku, gdy:
   a) nie został zrealizowany kolejny element opieki w terminie określonym w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym lub rozporządzeniu rehabilitacyjnym,
   b) zachodzi konieczność wykonania trzeciej lub kolejnej rewaskularyzacji,
   c) doszło do ponownego zawału serca,
   d) pacjent kontynuuje leczenie u innego świadczeniodawcy posiadającego umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał),
   e) pacjent zmarł;
18) w przypadku, o którym mowa w pkt 17:
   a) rozliczeniu podlegają wyłącznie elementy opieki kompleksowej zrealizowane u pacjenta bez uwzględnienia współczynników jakościowych, o których mowa w pkt 14 lit. d lub e,
   b) lit. a lub b – kontynuacja leczenia następuje w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne,
   c) lit. c – rozpoczyna się nowa Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),
   d) lit. d – nowy świadczeniodawca kontynuuje Kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), bez uwzględnienia współczynników jakościowych, o których mowa w pkt 14 lit. c - e.

§ 14. 1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), u których udział hospitalizowanych pacjentów z rozpoznanym ostrym zawałem serca leczonych w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) wynosi co najmniej 60% wszystkich hospitalizowanych pacjentów z tym rozpoznaniem u tego świadczeniodawcy, wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych JGP E10, E11, E12G, E15) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,02.

2. Dla świadczeniodawców, u których udział pacjentów, u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-

zawał), wynosi co najmniej 70% (z wyłączeniem zgonów) wszystkich pacjentów objętych Kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych JGP E10, E11, E12G, E15) w zakresie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,03.

3. Udział hospitalizacji, o którym mowa w ust. 1, obliczany jest na podstawie sprawozdania z realizacji świadczeń za kwartał w którym stosowany jest współczynnik.

4. Udział pacjentów, o którym mowa w ust. 2, obliczany jest na podstawie sprawozdania z realizacji świadczeń w roku, w którym stosowany jest współczynnik.

§ 15. W przypadku zrealizowania rehabilitacji zgodnie z Kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), lekarz może skierować świadczeniobiorcę do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych celem kontynuowania rehabilitacji.

Rozdział 4
Postanowienia końcowe

§ 16. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas, na jaki zostały zawarte.

§ 17. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia.

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

§ 19. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.

§ 20. Traci moc zarządzenie Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu

Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

§ 21. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Bernard Waśko

W zastępstwie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisano elektronicznie/