# 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 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773 i  1834)[[1]](#footnote-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. świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą

o świadczeniach”;

1. **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
2. **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;
3. **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w przepisach OWU;
4. **program lekowy** – świadczenie gwarantowane, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach;
5. **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 2021 r. poz. 711 i 1773)[[2]](#footnote-2)), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
6. **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;

1. **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;
2. **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;
3. **rozporządzenie o wykazie świadczeń rozliczanych odrębnie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach;
4. **rozporządzenie o ryczałcie PSZ –** rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia wydane na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy o  świadczeniach;
5. **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;
6. **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;
7. **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;
8. **rozporządzenie rehabilitacyjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o  świadczeniach;
9. **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
10. **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;
11. **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;
12. **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;
13. **ustawa refundacyjna** – ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565)[[3]](#footnote-3));
14. **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w OWU;
15. **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w OWU;
16. **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;
17. **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;
18. **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;
19. **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;
20. **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;
21. **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;
22. **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;
23. **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;
24. **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;

1. **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;
2. **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.

1. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania

świadczeń, w których realizowana jest umowa.

1. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.
2. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.
3. 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.
4. 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.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
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 wszystkich podmiotów biorących udział w  udzielaniu świadczeń objętych kontrolą (w szczególności podwykonawców) 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 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.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ryczałtem PSZ są sprawozdawane na zasadach określonych w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.
2. Do wyliczenia wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w ust. 1, przyjmuje się świadczenia prawidłowo sprawozdane.
3. Wyliczenie wartości ryczałtu 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 ryczałtu wyliczonej w sposób, o  którym mowa w zdaniu pierwszym, dyrektor oddziału Funduszu informuje świadczeniodawcę za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych przez Fundusz.
4. Do czasu wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu 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.
5. W przypadku wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu PSZ, o  której mowa w ust. 4, skutki tej zmiany uwzględnia się począwszy od okresu sprawozdawczego, w którym dokonano zmiany.
6. W przypadku zmiany, w trakcie okresu rozliczeniowego, wysokości ryczałtu 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.

1. 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.
2. 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

jednoczasowo, świadczenia te sprawozdawane są jako jedno świadczenie.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach PSZ do poziomu:
6. trzeciego stopnia,
7. ogólnopolskiego,
8. onkologicznego,
9. pediatrycznego,
10. 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. (**uchylony)*[[4]](#footnote-4)*)

**§ 10. (**uchylony)*[[5]](#footnote-5)*)

**§ 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.[[6]](#footnote-6)6) 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 w ramach leczenia pęcherzowego oddzielania naskórka,
10. kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś),
11. kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG),
12. świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określone w zarządzeniu AOS,
13. inne niż wymiennie w pkt 1-12 świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia,
14. świadczenia udzielone w ramach sieci kardiologicznej, o których mowa w  § 13 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w ramach sieci kardiologicznej (Dz.U. poz. 880)

– ustala się w umowie odrębne kwoty zobowiązania, wraz ze wskazaniem liczby jednostek rozliczeniowych i ich cen.

1. 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.
2. 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.
3. Kwota, o której mowa ust. 3, nie obejmuje finansowania chemioterapii, radioterapii paliatywnej i programów lekowych, w tym świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO.
4. 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.

**§ 14a. [[7]](#footnote-7)7)**1. Sprawozdawanie i dokumentowanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odbywa się zgodnie z zasadami rozliczania i dokumentowania tych świadczeń określonymi w zarządzeniu AOS.

1. [[8]](#footnote-8)8)Dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do danego poziomu w  ramach PSZ, w przypadku rozliczania świadczeń produktami rozliczeniowymi o  kodach:
2. 02.1342.001.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS,
3. 02.1342.401.02 - Świadczenia w zakresie leczenia AIDS – świadczenia pierwszorazowe,
4. 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.

1. Produkty rozliczeniowe dedykowane do sprawozdawania świadczeń,

o których mowa w ust. 1, określone są w zarządzeniu AOS.

1. 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).

**§ 14b.[[9]](#footnote-9)9)** 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 przypadku 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.

**§ 15.** 1*.* (uchylony)[[10]](#footnote-10)10)

1. 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:
2. 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 profili systemu zabezpieczenia, ważnego w dniu rozpoczęcia okresu rozliczeniowego, w tym:
   1. uzyskanego z wynikiem co najmniej 90% możliwej do uzyskania liczby punktów – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,02, albo
   2. uzyskanego z wynikiem co najmniej 80% i poniżej 90% możliwej do uzyskania liczby punktów – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,015, albo
   3. uzyskanego z wynikiem co najmniej 75% i poniżej 80% możliwej do uzyskania liczby punktów – ustala się współczynnik korygujący o wartości 1,01;
3. 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;
4. 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.
5. 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:

[

]

𝑛

∑𝑄𝑖 ‒ (𝑛 ‒ 1)

𝑖 = 1

gdzie:

n – liczba zastosowanych współczynników

Qi – wartość kolejnych współczynników

1. Przepisu, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się do rozliczania:
   1. leków określonych w:
      1. 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,
      2. 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:
      1. 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,
      2. 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 chemioterapia;

* 1. [[11]](#footnote-11)11)świadczeń z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o których mowa w § 19 ust. 1.

1. 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.
2. 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 wniosek 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 wniosek;
3. wykaz podwykonawców;
4. wykaz współrealizatorów.
5. 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.
6. W przypadku:
7. spełnienia przez świadczeniodawcę warunków wymaganych

do realizacji świadczeń opieki kompleksowej,

1. pozytywnej weryfikacji dokonanej przez dyrektora Oddziału Funduszu

uwzględniającej:

* 1. mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o

świadczeniach,

* 1. 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 wniosek.

1. 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:
2. spełnienia przez świadczeniodawcę dodatkowych warunków realizacji tych

świadczeń,

1. pozytywnej weryfikacji dokonanej przez dyrektora Oddziału Funduszu

uwzględniającej:

* 1. mapy potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o

świadczeniach,

* 1. analizę zapotrzebowania na przedmiotowe świadczenia.

1. [[12]](#footnote-12)12)W celu objęcia umową PSZ świadczeń w zakresach: Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcom z nowotworem piersi (KON-Pierś), Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG), stosuje się przepisy § 4a ust. 3 i 4 rozporządzenia szpitalnego.   
   W takim przypadku nie stosuje się postanowień ust. 1-4.
2. 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.

1. 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.
2. 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.
3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wniosek w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Opinię, o której mowa w ust. 4, wraz z kopią rachunku lub faktury dokumentującej zakup leku świadczeniodawca przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
10. 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.
11. 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.
12. 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 5a[[13]](#footnote-13)13)

**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.

1. 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.
2. 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.

* 1. 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.
  2. Warunkiem zawarcia umowy, o której mowa w ust. 2, jest spełnienie przez

świadczeniodawcę warunków, o których mowa w § 6 ust. 2 rozporządzenia o JGPato.

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

do zarządzenia.

* 1. W celu zawarcia umowy świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na realizację pilotażu JGPato. Wzór wniosku określony jest w **załączniku nr 8** do zarządzenia.
  2. 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.
  3. Świadczeniodawca – realizator pilotażu JGPato, obowiązany jest do sporządzania sprawozdań dla oddziału Funduszu dotyczących wskaźników realizacji pilotażu JGPato, o których mowa w § 10 rozporządzenia JGPato.
  4. 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.
  5. 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.
   1. 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.
   2. 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.
   3. 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

1. ) W pierwotnym zarządzeniu przywołano ustawę w brzmieniu wynikającym z Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) W pierwotnym zarządzeniu przywołano ustawę w brzmieniu wynikającym z Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567,1493, 2112 i 2401. [↑](#footnote-ref-2)
3. ) W pierwotnym zarządzeniu przywołano ustawę w brzmieniu wynikającym z Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945, 1493, 1875 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159. [↑](#footnote-ref-3)
4. ) Przez § 1 pkt 1zarządzenia Nr 121/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w  systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które weszło w życie 1  lipca 2021 r.. [↑](#footnote-ref-4)
5. ) Przez §1 pkt 1 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 4. [↑](#footnote-ref-5)
6. 6) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 4. [↑](#footnote-ref-6)
7. 7) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 4. [↑](#footnote-ref-7)
8. 8) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia Nr 148/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które weszło w życie w dniu 27 sierpnia 2021 r.. [↑](#footnote-ref-8)
9. 9) W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 4 [↑](#footnote-ref-9)
10. 10) Przez §1 pkt 2 zarządzenia Nr 80/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które weszło w życie w dniu 1 maja 2021 r. [↑](#footnote-ref-10)
11. 11) Dodany przez § 1 pkt 2 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 8. [↑](#footnote-ref-11)
12. 12) W brzmieniu ustalonym przez §1 pkt 3 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 10. [↑](#footnote-ref-12)
13. 13W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 8. [↑](#footnote-ref-13)