

ZARZĄDZENIE Nr 89/2013/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 19 grudnia 2013 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju:
leczenie szpitalne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust.1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **rozporządzenie** - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520);
- 2) **dietetyk** – osobę, o której mowa w lp. 17 w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 3) **edukator do spraw diabetologii** - osobę, o której mowa w lp. 17 w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 4) **elektroradiolog** – osobę, o której mowa w lp. 7 załącznika nr 4 do

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887 i Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

rozporządzenia;

- 5) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 6) **logopeda** – osobę, o której mowa w lp. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia;
- 7) **obrażenia ciała** – obrażenia, z których każde stanowi wskazanie do leczenia szpitalnego i kwalifikuje do rozliczenia określoną grupą JGP;
- 8) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 9) **osoba prowadząca fizjoterapię** - osobę, o której mowa w lp. 20 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 10) **psycholog**- osobę, o której mowa w lp. 17 w części I załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 11) **psycholog kliniczny** – osoba, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej;
- 12) **punkt transformowany (punkt TISS+)** - jednostka rozliczeniowa służąca do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiąca transformację punktu TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci;
- 13) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217);
- 14) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 15) **system jednorodnych grup pacjentów (JGP)** – kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. System obejmuje następujące elementy:
 - a) **charakterystyka JGP** – zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:
 - rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta zwanej dalej „ICD-10”,
 - procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych zwanej dalej „ICD-9”,

- wiek pacjenta,
 - czas pobytu,
- b) **algorytm JGP** – określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP,
- c) **grupa JGP** – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami;
- 16) **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)** – świadczenie opieki zdrowotnej zakończone wypisem, udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; świadczenia w SOR obejmują również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych rodzajach; świadczenia obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia;
- 17) **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP)** – świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, nie zakończone hospitalizacją u świadczeniodawcy; świadczenia w IP mogą obejmować również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w innych rodzajach; świadczenia obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia;
- 18) **ustawa o świadczeniach** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 19) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności rozporządzeniu, oraz Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących

załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „Ogólnymi warunkami umów”.

3. Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3. Celem postępowania, o którym mowa w § 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

§ 4. 1. Zakresy świadczeń, grupy świadczeń oraz świadczenia są określone w katalogu:

- 1) grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia;
- 2) świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 1b** do zarządzenia;
- 3) świadczeń do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do zarządzenia;
- 4) teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, stanowiącym **załącznik nr 1d** do zarządzenia.

2. Umowa o udzielanie świadczeń w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa zawierana jest odrębnie.

3. Umowa o udzielanie świadczeń zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie, w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej albo w ramach „leczenia jednego dnia”.

4. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w:

- 1) ust. 1 pkt 1 – 3 stanowi **załącznik nr 2a** do zarządzenia;
- 2) ust. 1 pkt 4 stanowi **załącznik nr 2b** do zarządzenia.

5. Wzór umowy jest dostosowywany i oznaczany odpowiednio do przedmiotu umowy, zgodnie z ust. 3.

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

7. Umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, zawierane są w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

8. Grupy i świadczenia katalogowe, dla których w **załączniku nr 3** do zarządzenia lub w przepisach odrębnych określono dodatkowe warunki ich realizacji, mogą zostać udostępnione przez dyrektora Oddziału Funduszu w ramach pakietu świadczeń do umów w wyniku prowadzonego postępowania, wyłącznie w przypadku spełnienia przez świadczeniodawcę dodatkowych warunków realizacji.

§ 5. Przedmiot umowy w rodzaju leczenie szpitalne stanowi realizacja, w poszczególnych zakresach, świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez

świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz.

§ 6. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady 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.²⁾) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4 ust. 3, obowiązany jest spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.

2. Wymóg, o którym mowa w ust. 1, dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

§ 8. 1. Świadczenia w szpitalnej izbie przyjęć (IP) oraz szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) stanowią odrębne zakresy świadczeń - w przypadku, gdy świadczeniodawca w ramach IP zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia, natomiast w przypadku SOR wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, niezależną od całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych.

2. Zakresy świadczeń w IP i SOR u tego samego świadczeniodawcy kontraktowane są alternatywnie.

3. W SOR świadczeniodawca zapewnia realizację procedur medycznych objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności procedur medycznych wymienionych w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

§ 9. 1. Dyrektor Oddziału Funduszu zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, są określone

²⁾ Wymienione rozporządzenie zostało zmienione: rozporządzeniem Komisji (WE) nr 2151/2003 z dnia 16 grudnia 2003 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. W. L 329 z 17.12.2003 r., str. 1-270), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz. U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92).

w rejestrze, w części VIII systemu kodu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Kontraktowanie świadczeń w zakresach, o których mowa w ust. 1, odbywa się z uwzględnieniem podziału komórek organizacyjnych na specjalności zachowawcze i zabiegowe, na specjalności wykonujące usługi na rzecz dzieci i dorosłych oraz obowiązku spełnienia wszystkich wymaganych warunków zawierania umów oraz udzielania świadczeń, określonych dla danego zakresu w rozporządzeniu i **załączniku nr 3** do zarządzenia.

3. W przypadku oddziałów szpitalnych specjalizujących się w realizacji świadczeń z więcej niż jednej dziedziny medycyny stanowiących przedmiot kontraktowania, podstawowy zakres będący przedmiotem kontraktowania stanowi zakres zgodny ze specjalnością komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, scharakteryzowanej kodem stanowiącym część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, dopuszcza się, oprócz kontraktowania zakresu podstawowego, kontraktowanie kolejnego zakresu świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu, z zastrzeżeniem ust. 5 - 8.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3 i 4, kontraktowanie każdego zakresu świadczeń przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem podziału oddziałów szpitalnych na specjalności zachowawcze i zabiegowe, na specjalności wykonujące usługi na rzecz dzieci i dorosłych oraz obowiązku spełnienia w tym oddziale wszystkich wymaganych warunków określonych dla danego zakresu w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz przepisach odrębnych.

6. Kontraktowanie neonatologii jako kolejnego zakresu może odbywać się wyłącznie w oddziałach szpitalnych związanych z opieką nad matką i dzieckiem, oznaczonych następującymi resortowymi kodami identyfikacyjnymi: 4401, 4403, 4450, 4456, 4458.

7. Nie dopuszcza się kontraktowania jako kolejnego zakresu, następujących zakresów:

- 1) anestezjologia i intensywne terapię;
- 2) anestezjologia i intensywne terapię dla dzieci;
- 3) anestezjologia i intensywne terapię – drugi poziom referencyjny;
- 4) anestezjologia i intensywne terapię dla dzieci – drugi poziom referencyjny;
- 5) neonatologia - drugi poziom referencyjny;
- 6) neonatologia - trzeci poziom referencyjny;

- 7) położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny;
- 8) położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny;
- 9) hematologia, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci.

8. Nie dopuszcza się kontraktowania zakresów w oddziałach szpitalnych oznaczonych resortowymi kodami identyfikacyjnymi 4106, 4222.

9. Kontraktowanie świadczeń w zakresie kardiologii odbywa się w sposób zapewniający dostępność do świadczeń radiologii zabiegowej na naczyniach wieńcowych wykonywanych w pracowni hemodynamiki lub pracowni radiologii zabiegowej w proporcji jedna pracownia na co najmniej 300 tys. mieszkańców województwa.

10. Świadczenia w zakresach realizowanych przez jeden oddział szpitalny mogą być rozliczane w ramach jednego, łącznego limitu do kwoty zobowiązania wynikającej ze zsumowania kwot limitów poszczególnych pozycji umowy.

11. Rozliczanie świadczeń w ramach jednego, łącznego limitu, o którym mowa w ust. 10, jest możliwe wyłącznie począwszy od nowego okresu sprawozdawczego.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 10. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określa **załącznik nr 3** do umowy, o której mowa w § 4 ust. 4.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu i przepisach odrębnych.

3. Umowa zawarta między świadczeniodawcą, a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.

4. Oddział Funduszu obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

5. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do Oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, jednak nie krótszym niż 14 dni.

§ 11. 1. Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa

naukowe zraszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych mogą być realizowane wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych spełniających wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz. U. Nr 43, poz. 408, z późn. zm.³⁾), wpisanych do rejestru.

3. Medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne, o których mowa w ust. 2, obowiązane są do stosowania standardów jakości określonych w przepisach odrębnych.

4. Szczegółowe opisy przedmiotu umowy niektórych świadczeń określone są w **załączniku nr 10** do zarządzenia.

5. Świadczenia w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia” mogą być udzielane świadczeniobiorcy, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty z zastosowaniem leczenia ambulatoryjnego.

6. Udzielenie, w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, winno wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, szczegółowo udokumentowanego w indywidualnej dokumentacji medycznej.

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

8. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub „leczenia jednego dnia”, obowiązany jest do zapewnienia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń towarzyszących, o których mowa w art. 5 pkt 38 ustawy o świadczeniach.

9. Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca.

10. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszym

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 59, poz.422, z 2008 r. Nr 53, poz. 324 oraz z 2009 r. Nr 223, poz.1794.

zarządzeniu oraz w odrębnych przepisach.

11. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

12. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

13. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego realizowania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

14. 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.

15. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 14, 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.

16. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 15, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

17. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 15, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Oddział Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 4 załącznika nr 2a i 2b do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

18. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 15, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 12. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy, o której mowa w § 4 ust. 4.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy, o której mowa w § 4 ust. 4.

Rozdział 5

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 13. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów, oraz umowie, stanowiącej **załączniki nr 2a i 2b** do zarządzenia.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w Planie rzeczowo – finansowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do umowy, o której mowa w § 4 ust. 4.

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

- 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;
- 2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

4. Dane, o których mowa w ust. 2, winny być zgodne z danymi:

- 1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 oraz z 2012 r. poz. 583 i 1531);
- 2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej – MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591 oraz z 2013 r. poz. 2);
- 3) określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947).

5. Spełnienie wymagań określonych w ust. 4 pkt 1 i 3 jest konieczne dla rozliczenia świadczeń.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia, według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub świadczenia z katalogów, stanowiących **załączniki nr 1b - 1d** do zarządzenia.

7. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie

informatycznym Funduszu.

8. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9, ogłaszane są przez Prezesa Funduszu w postaci odrębnego komunikatu.

§ 14. 1. W sytuacji udzielania świadczeń w SOR lub IP, świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania sprawozdania wykonanych procedur medycznych według ICD – 9, zgodnie z wykazem określonym w **załączniku nr 5** do zarządzenia.

2. W sytuacji udzielania świadczeń:

- 1) endoprotezoplastyki narządu ruchu;
- 2) związanych z opieką nad pacjentami po przeszczepie narządu unaczynionego lub szpiku;
- 3) związanych z leczeniem udarów
 - świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania w formie elektronicznej sprawozdania, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Fundusz.

3. W sytuacji udzielania i rozliczania świadczeń: żywienie dojelitowe, żywienie pozajelitowe wymienionych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie z wzorami określonymi w **załącznikach nr 6a – 6g** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy załączyć do historii choroby.

4. W sytuacji udzielania świadczeń związanych z porodem, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej – karty obserwacji porodu (partogramu) zawierającej wszystkie elementy określone w **załączniku nr 7** do zarządzenia. Kartę obserwacji porodu należy załączyć do historii choroby.

5. W sytuacji udzielania świadczenia nr 5.53.01.0001469 - Leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem antagonisty receptora dla glikoproteiny IIb/IIIa lub bezpośredniego inhibitora trombiny u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej, z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdania kodu ICD-9, określającego zastosowany lek, tj.:

- 1) 99.201 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa – abciximab;
- 2) 99.202 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa – eptifibatide;
- 3) 99.203 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa – tirofiban;
- 4) 99.2901 - Wstrzyknięcie/ infuzja inhibitora trombiny (DTI) – bivalirudyna.

6. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy z ciężką łuszczycą do

terapii biologicznej, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) udokumentowania wskazań do rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem leków biologicznych określonych w części V **załącznika nr 10** do zarządzenia;
- 2) stosowania kryteriów oceny zaawansowania łuszczycy określonych w **załącznikach nr 11a - 11c** do zarządzenia;
- 3) załączenia do historii choroby dokumentacji związanej z oceną stanu klinicznego.

7. Spełnienie wymagań określonych w ust. 6 jest konieczne dla rozliczenia świadczenia.

8. W sytuacji udzielania świadczeń: nr 5.52.01.0001495 - Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria II z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia oraz nr 5.53.01.0001508 Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria II z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca w celu rozliczenia świadczenia obowiązany jest do przedłożenia szczegółowej specyfikacji kosztowej, z uwzględnieniem specyfikacji kosztów związanych z kosztami zespołu lekarsko–pielęgniarskiego innego świadczeniodawcy.

9. Szczegółowa specyfikacja kosztowa podlega każdorazowo weryfikacji przez dyrektora Oddziału Funduszu.

10. W sytuacji udzielania świadczenia nr 5.53.01.0001499 - Całościowa ocena geriatryczna z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) udokumentowania kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13 stanowiącej **załącznik nr 12a** do zarządzenia;
- 2) prowadzenia dokumentacji dodatkowej – Karty całościowej oceny geriatrycznej, której wzór określony jest w **załączniku nr 12b** do zarządzenia.

§ 15. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4, jest punkt.

§ 16. 1. Kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację następujących grup z katalogu grup, określonych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach:

- 1) Neurochirurgia:
 - a) A03 - Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu/stymulatora

nerwu błędnego;

2) Neurochirurgia:

- a) Q31 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu,
- b) Q32 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy,
- c) Q33 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy;

3) Neurologia:

- a) A48 - Kompleksowe leczenie udarów krwotocznych mózgu > 7 dni w oddziale udarowym,
- b) A 51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym;

4) Otorinolaryngologia:

- a) C05 - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych,
- b) C06 - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu,
- c) C07 - Wymiana procesora mowy;

5) Chirurgia klatki piersiowej:

- a) D01 - Złożone zabiegi klatki piersiowej,
- b) D02 - Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej;

6) Kardiologia:

- a) E10 - OZW - diagnostyka inwazyjna,
- b) E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
- c) E12 - OZW - leczenie inwazyjne złożone,
- d) E13 - OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni,
- e) E14 - OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni;

7) Ortopedia i traumatologia narządu ruchu:

- a) H11 - Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych,
- b) 5.53.01.0001435 - Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (dotyczy wyłącznie endoprotez w ramach grupy H11);

8) Położnictwo i ginekologia:

- a) N01 - Poród,
- b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,

- c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
 - d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
 - e) N 11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw,
 - f) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki;
- 9) Neonatologia:
- a) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki,
 - b) N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni,
 - c) N22 - Noworodek wymagający intensywnej terapii,
 - d) N23 - Noworodek wymagający intensywnej opieki,
 - e) N24 - Noworodek wymagający szczególnej opieki,
 - f) N25 - Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru;
- 10) Chirurgia naczyniowa:
- Q01 - Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty;
- 11) Okulistyka:
- a) B18 Usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki,
 - b) B19 Usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki;
- 12) Okulistyka:
- a) B04 Przeszczep rogówki - kategoria I,
 - b) B05 Przeszczep rogówki - kategoria II,
 - c) B06 Przeszczep rogówki - kategoria III;
- 13) Chirurgia dziecięca:
- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
 - b) L96 Przeszczepienie nerki < 18 r. ż.,
 - c) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 14) Chirurgia ogólna:
- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
 - b) L94 Przeszczepienie nerki >17 r. ż.,
 - c) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 15) Transplantologia kliniczna:
- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
 - b) L94 Przeszczepienie nerki >17 r. ż.,
 - c) L96 Przeszczepienie nerki < 18 r. ż.,

d) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

16) Transplantologia kliniczna:

- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;

17) Hematologia:

- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;

18) Onkologia i hematologia dziecięca:

- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego.

2. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń z grup w określonych poniżej zakresach:

1) Kardiologia:

- a) E10 - OZW - diagnostyka inwazyjna,
- b) E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
- c) E12 - OZW - leczenie inwazyjne złożone,
- d) E13 - OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni,
- e) E14 - OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni;

2) Położnictwo i ginekologia:

- a) N01 – Poród,
- b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
- c) N03 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
- d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
- e) N 11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw,
- f) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki;

3) Neonatologia:

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

4) Okulistyka:

- a) B04 Przeszczep rogówki - kategoria I,
- b) B05 Przeszczep rogówki - kategoria II,
- c) B06 Przeszczep rogówki - kategoria III;

5) Chirurgia dziecięca:

- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
- b) L96 Przeszczepienie nerki < 18 r. ż.,
- c) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

6) Chirurgia ogólna:

- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
- b) L94 Przeszczepienie nerki > 17 r.ż.,
- c) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

7) Transplantologia kliniczna:

- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
- b) L94 Przeszczepienie nerki > 17 r. ż.,
- c) L96 Przeszczepienie nerki < 18 r. ż.,
- d) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

8) Transplantologia kliniczna:

- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;

9) Hematologia:

- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;

10) Onkologia i hematologia dziecięca:

- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
- b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
- c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego

- przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 1, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, po przekroczeniu kwoty zobowiązania w danym zakresie - zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy.

§ 17. 1. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS - 28 albo TISS – 28 dla dzieci, określoną w **załączniku nr 4a** do zarządzenia.

2. W prowadzonej w OAiIT dokumentacji medycznej, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór stanowi **załącznik nr 4b** do zarządzenia. Wypełnione karty w formie papierowej, dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale, archiwizuje się w historii choroby.

3. Ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci, przeprowadzana jest codziennie.

4. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się niezależnie od finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w katalogach stanowiących **załączniki nr 1a – 1d** do zarządzenia, z wyjątkiem świadczeń, dla których w tych katalogach określono inaczej, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. Do odrębnego rozliczenia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikują się wyłącznie świadczenia udzielone pacjentom, którzy przynajmniej w jednym dniu pobytu w OAiIT osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS - 28 dla dzieci.

6. W katalogu grup stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia grupy o charakterze zabiegowym oznaczone są symbolem „*”.

7. Dzień przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dzień jego zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym pacjent osiągnął wyższą punktację w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci.

8. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się z zastosowaniem punktu transformowanego, obliczanego przez transformację oceny uzyskanej w skali TISS – 28 albo TISS - 28 dla dzieci w określonym dniu według poniższego wzoru z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku:

dla $16 \leq x \leq 50$

$$X^+ = f(x) = \left[35 \left(\frac{x}{50} \right)^4 + x - 4 \right] W$$

dla $x > 50$

$$X^+ = f(x) = 81,00 W$$

gdzie:

$f(x)$ – transformacja

x^+ - liczba punktów w nowej skali TISS+

x – liczba punktów w skali TISS-28

W – współczynnik uzależniony od poziomu referencyjnego OAiT ($W=1,0$ dla I poziomu; $W=1,12$ dla II poziomu oraz OAiT dla dzieci).

9. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia w OAiT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** albo świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się przez świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, zawierającego transformację poszczególnych ocen w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci na liczbę punktów transformowanych wraz z odpowiadającą im wartością punktową.

10. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiT, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się przez świadczenie nr 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia oraz ewentualnie łącznego rozliczenia innych świadczeń dopuszczonych do sumowania w OAiT z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia. Niezależnie od powyższego, do rozliczenia wykazuje się odrębnie dla każdego dnia pobytu świadczenia związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia.

§ 18. 1.Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w SOR albo w IP, dokonuje się z uwzględnieniem potencjału wykonawczego, rozumianego jako: personel medyczny, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, możliwości diagnostyczno – terapeutyczne

oraz liczby pacjentów i rodzaju zrealizowanych procedur medycznych pomocy doraźnej.

2. Finansowanie świadczeń udzielanych w SOR albo w IP odbywa się w oparciu o stawkę ryczału dobowego (R), którego wysokość stanowi suma dwóch składowych zgodnie ze wzorem:

$$R = R_s + R_f$$

gdzie:

R – stawka ryczału dobowego,

R_s – składowa ryczału za strukturę,

R_f – składowa ryczału za funkcję.

3. Składowa ryczału za strukturę jest równa dobowej wartości stawki bazowej dla SOR albo IP określonej przez dyrektora Oddziału Funduszu.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest w przypadku udzielania świadczeń w SOR do spełnienia wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz.1420 oraz z 2013 r. poz.1511), albo w przypadku udzielania świadczeń w IP w rozporządzeniu.

5. Składowa ryczału za funkcję określana jest według poniższego wzoru, z uwzględnieniem liczby pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta, na podstawie wykonanych procedur medycznych, określonych w **załączniku nr 5** do zarządzenia oraz wag poszczególnych kategorii, określonych w poniższej tabeli:

$$R_f = \frac{a}{L_d} \times \sum_{i=1}^5 P_i \times W_i$$

gdzie

a – stawka za punkt (przyjmuje się wartość: 1 punkt = 30 zł),

L_d – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji,

P_i – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia pacjenta,

W_i – waga odpowiedniej kategorii.

Kategorie stanu zdrowia pacjenta w SOR/IP

| Kategoria | Zakres świadczeń udzielanych pacjentom | Waga kategorii |
|-----------|---|----------------|
| I | Podstawowa diagnostyka, porada lekarska | 1 |
| II | Rozszerzona diagnostyka, konsultacja, małe zabiegi | 3 |
| III | Obserwacja/monitorowanie podstawowych czynności życiowych, leczenie w SOR/IP, rozszerzona diagnostyka (endoskopowa) | 5 |

| | | |
|----|---|----|
| IV | Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, resuscytacja, rozszerzona diagnostyka obrazowa (TK lub RM), prowadzenie infuzji dożylnych | 8 |
| V | Leczenie w SOR co najmniej jedną dobę lub prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowo – mózgowej na stanowisku intensywnej terapii | 10 |

6. W sytuacji wykonania na rzecz pacjenta kilku procedur medycznych, podstawę zakwalifikowania pacjenta do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia stanowią procedury, którym w **załączniku 5** do zarządzenia przypisano najwyższą kategorię.

7. Wykonanie na rzecz pacjenta co najmniej trzech procedur medycznych z kategorii IV stanowi podstawę do zakwalifikowania pacjenta do kategorii V, pod warunkiem, że procedury należą do różnych kategorii głównych, zgodnie z klasyfikacją ICD-9.

8. Dla świadczeniodawców rozpoczynających udzielanie świadczeń składowa ryczałtu za funkcję ustalana jest na podstawie przewidywanego obciążenia.

9. W przypadku świadczeniodawców, o których mowa w ust. 8, po upływie kwartału, licząc od pierwszego dnia realizacji umowy w zakresie SOR/IP, dokonuje się weryfikacji stawki ryczałtu dobowego na podstawie danych sprawozdawczych.

§ 19. 1. Fundusz finansuje dodatkowo z zastosowaniem osobodnia, wynikające z zasad postępowania medycznego, w tym leczenia powikłań i rehabilitacji, hospitalizacje o przedłużonym czasie pobytu ponad limit ustalony dla danej grupy.

2. Metody finansowania, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się dla świadczeń realizowanych w ramach umów hospitalizacja planowa i „leczenie jednego dnia”.

3. Z finansowania ponad limit ustalony dla grupy, wyłączone są grupy, dla których w szczególności:

- 1) na podstawie dostępnych danych nie było możliwe określenie miar rozproszenia;
- 2) charakterystyka grupy przewiduje czas leczenia poniżej dwóch dni;
- 3) istotą postępowania jest szybka diagnostyka i ewentualne leczenie;
- 4) koszt leku lub wyrobu medycznego stanowi istotną część wartości punktowej grupy.

4. Dla hospitalizacji, w których z zasad postępowania medycznego w odniesieniu do charakterystyki wynika, że czas hospitalizacji powinien przekraczać jeden dzień, w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, stosuje się wartości punktowe odpowiednio, w przypadku, gdy czas hospitalizacji wyniesie jeden dzień.

5. Zasady rozliczania, o których mowa w ust. 4, nie mają zastosowania dla hospitalizacji zakończonych zgonem.

6. Limit czasu hospitalizacji objęty ryczałtem grupy, wartości punktowe dla hospitalizacji o czasie trwania jeden dzień oraz wartości osobodnia ponad limit ustalony dla grupy, określone są w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, o ile wartości punktowe hospitalizacji o czasie trwania jeden dzień lub finansowanie osobodniami ponad limit ustalony dla grupy dotyczy danej grupy.

§ 20. 1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia związanego z diagnostyką i leczeniem obrażeń mnogich, konieczne jest wskazanie w raporcie statystycznym rozpoznań (zasadniczego i współistniejących), według ICD–10 spośród określonych w charakterystyce grupy T07, wskazujących na charakter/liczbę obrażeń uzasadniających zastosowanie jednego ze wskaźników, o których mowa w ust. 2 oraz wszystkich istotnych procedur medycznych według ICD–9, w celu wyznaczenia grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia.

2. Rozliczenie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się z zastosowaniem grupy z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia oraz ewentualnie dołączonymi osobodniami ponad limit ustalony dla grupy, skorygowaną jednym z poniższych wskaźników wskazujących na charakter obrażeń:

- 1) nie mniej niż cztery obrażenia - 1,85;
- 2) nie mniej niż trzy obrażenia - 1,78;
- 3) nie mniej niż dwa obrażenia - 1,54.

3. Niezależnie od wskazania do rozliczenia grupy o najwyższej wartości punktowej, skorygowanej odpowiednim wskaźnikiem, o której mowa w ust. 2, dopuszcza się wykazanie do rozliczenia świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, w tym świadczeń udzielanych w OAiT.

4. Metody rozliczania, o której mowa w ust. 1–3, nie stosuje się do świadczenia gwarantowanego zrealizowanego w centrum urazowym spełniającym dodatkowe warunki jego realizacji, wymienionego w lp. 25 załącznika nr 4 do rozporządzenia.

§ 21. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia z grup: S40 – S43 obowiązani są do stosowania skali ciężkości zatruc (PSS - poisoning severity score), stanowiącej **załącznik nr 8** do zarządzenia. Kartę z oceną ciężkości zatrucia należy załączyć do historii choroby.

§ 22. 1. W sytuacji udzielania przez świadczeniodawcę świadczenia:

- 1) którego koszt przekracza wartość 15 000 zł. i wartość obliczoną według wzoru: $K = [3 \times (W_g + W_{opl})] + W_{tiss} + W_{dsum}$

gdzie:

K - wartość kryterium umożliwiającego rozliczenie za zgodą płatnika,

W_g - wartość JGP dla typu umowy hospitalizacja albo świadczenia właściwego ze względu na rozliczenie,

W_{opl} - wartość osobodni finansowanych ponad limit finansowany grupą,

W_{tiss} - wartość świadczeń finansowanych wg skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci,

W_{dsum} - wartość świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania;

albo

- 2) które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym; albo
- 3) które spełnia jednocześnie łącznie poniższe warunki:
- a) w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
 - b) inny problem zdrowotny, o którym mowa w lit. a, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
 - c) jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - d) nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
 - e) nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
 - f) kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie; albo
- 4) obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji

- rozliczenie może odbywać się z zastosowaniem produktu rozliczeniowego:

5.52.01.0001363 - *Rozliczenie za zgodą płatnika*, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na sposób jego rozliczenia.

2. Finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z poniższymi zasadami:

- 1) finansowanie świadczeń odbywa się w ramach kwot określonych w planie finansowym Oddziału Funduszu na dany rodzaj świadczeń, w ramach łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie;
- 2) świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, finansowane jest na poziomie

60% właściwej grupy z innej sekcji oraz innego zakresu;

- 3) w przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu, z wnioskiem, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie procesu terapeutycznego w sposób wskazany we wniosku.

3. Metoda rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1, może znajdować zastosowanie wyłącznie do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu.

4. Nie stosuje się metody rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1, do rozliczania:

- 1) kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.⁴⁾);
- 2) substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów oraz leków objętych finansowaniem w ramach programów lekowych;
- 3) świadczeń, w przypadkach, w których cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne;
- 4) jednorazowo więcej niż jednej hospitalizacji.

5. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z następującą procedurą:

- 1) świadczeniodawca w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 4 składa do właściwego terytorialnie Oddziału Funduszu, wniosek o indywidualne rozliczenie świadczenia w formie elektronicznej i papierowej wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia;
- 2) szczegółowa specyfikacja kosztowa nie jest wymagana w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3;
- 3) zgodę na indywidualne rozliczenie świadczenia wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, w terminie 15 dni roboczych od dnia otrzymania kompletnego wniosku, albo od dnia przekazania uzupełnionego wniosku, o którym mowa w pkt 4, po

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753 i Nr 95, poz. 788, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr107, poz. 679, z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622 i Nr 112, poz. 654 oraz z 2012 poz. 1342 i 1544.

przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów oraz zgodnie z przepisami zarządzenia w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;

- 4) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest obowiązany do jego uzupełnienia w ciągu 7 dni roboczych od dnia otrzymania zawiadomienia o konieczności jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody na ten sposób rozliczenia, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpoznania;
- 5) niewyrażenie przez dyrektora Oddziału Funduszu zgody na realizację wniosku wymaga uzasadnienia;
- 6) w przypadku braku zgody dyrektora Oddziału Funduszu, świadczeniodawca może skierować wniosek o jego ponowne rozpatrzenie, w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania odmowy realizacji wniosku, z wyjątkiem sytuacji, gdy odmowa nastąpiła z powodu uchybienia terminu lub innych uchybień formalnych wniosku, leżących po stronie świadczeniodawcy;
- 7) od rozstrzygnięcia dyrektora Oddziału Funduszu wydanego w wyniku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 6, odwołanie nie przysługuje;
- 8) stanowisko dyrektora Oddziału Funduszu w sprawie wyrażenia zgody na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania jest ostateczne;
- 9) świadczenie stanowiące przedmiot wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu na indywidualne rozliczenie wykazuje się do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym;
- 10) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji tożsamy z zakresem informacji dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne;
- 11) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów dotyczących wydawanych zgód, w tym dokumentów, na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;
- 12) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację związaną z ich wydawaniem, uwzględniającą zakres danych wskazany we wnioskach, oraz dokumenty na podstawie których dokonano weryfikacji wniosków.

§ 23. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia, odbywa się

zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia, albo świadczenie z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia lub świadczenie z katalogu radioterapii, stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia, z zastrzeżeniem pkt 2 – 4;
- 2) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń z grupami albo świadczeniami w przypadkach uzasadnionych medycznie, o ile w katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do zarządzenia, dopuszczono taką możliwość;
- 3) możliwość łącznego rozliczania świadczeń, w przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określa § 17;
- 4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia albo świadczeń z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia albo świadczeń z katalogu radioterapii, stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia, ze świadczeniami w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zawartymi w katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, o ile w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia nie określono inaczej, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych i w trybie hospitalizacji, z zastrzeżeniem pkt 5;
- 5) łączne rozliczenie świadczenia nr 5.10.00.0000052 – hemodializoterapia z katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie z grupami lub świadczeniami z katalogów stanowiących **załączniki nr 1a – 1d** do zarządzenia, dopuszczalne jest w odniesieniu do świadczeniobiorców kwalifikowanych lub objętych programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego oraz świadczeniobiorców z ostrym ubytkiem filtracji kłębuszkowej wymagających czasowego stosowania programu hemodializy;
- 6) w przypadkach, o których mowa w pkt 4, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
- 7) niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń z innymi rodzajami, z wyjątkiem świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

- 8) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
- 9) 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, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 10;
- 10) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 9 nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego;
- 11) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń:
 - a) związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji, lub
 - b) udzielonych świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresów świadczeń na rzecz dzieci;
- 12) w przypadkach, o których mowa w pkt 11, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorami określonymi w zarządzeniu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;
- 13) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 12, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, na zasadach i w terminie określonym w § 22 ust. 5 pkt 3;
- 14) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na rozliczanie grup lub świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia w sposób inny niż określone w niniejszym zarządzeniu.

Rozdział 6

Postanowienia końcowe

§ 24. Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2014 r.

§ 25. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

§ 26. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z wyjątkiem:

- 1) § 22 ust.1 pkt 1, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2014 r.;
- 2) lp. 215 w kolumnie 12 załącznika nr 1a do zarządzenia, które wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2014 r.

PREZES

NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Agnieszka Pachciarz