

Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 czerwca 2008 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹), zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

Zarządzenie reguluje postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **system jednorodnych grup pacjentów (system 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 (ICD-10),
- procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
- wiek pacjenta,
- czas pobytu;

b) **algorytm JGP** – określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP,

¹ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i poz. 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305

- c) **grupa JGP** – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami,
 - d) **Gruper JGP** – program informatyczny kwalifikujący określoną hospitalizację do jednej z grup systemu JGP, o ile rozliczenie tej hospitalizacji nie odbywa się w inny sposób;
- 2) **dostęp/ zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń w innym miejscu lub lokalizacji niż ta, w jakiej realizowane są świadczenia;
 - 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 4) **hospitalizacja** – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, obejmujące proces diagnostyczno- terapeutyczny od chwili przyjęcia pacjenta do momentu jego wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem pacjenta w oddziale/ oddziałach szpitalnych, w tym usługę transportu sanitarnego. W rozumieniu warunków zawierania umów, odrębną hospitalizacją może stanowić również całodobowe udzielanie świadczeń trwające od chwili zakończenia udzielania pacjentowi świadczenia wysokospecjalistycznego finansowanego z budżetu państwa do momentu jego wypisu lub zgonu;
 - 5) **hospitalizacja planowa** – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym w zamkniętym zakładzie opieki zdrowotnej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego;
 - 6) **leczenie „jednego dnia”** - udzielanie świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym w trybie planowym w zespole chirurgii jednego dnia lub zespole opieki dziennej, spełniającym wymagania określone w odrębnych przepisach, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin;
 - 7) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
 - 8) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** - lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej szczegółowej dziedzinie medycyny;
 - 9) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji;
 - 10) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym/ których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;

- 11) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
 - 12) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
 - 13) **punkt** – jednostka rozliczeniowa, jednostkowa miara służąca do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w katalogach, stanowiących załączniki nr 1a - 1d do zarządzenia;
 - 14) **punkt transformowany** (punkt TISS+) - jednostka rozliczeniowa służąca do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiąca transformację punktu TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci;
 - 15) **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)** – świadczenie realizowane w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia i zdrowia, obejmujące procedury diagnostyczno – terapeutyczne, a w szczególności świadczenia polegające na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, w tym w szczególności z powodu wypadku, urazu, zatrucia, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Świadczenia obejmują zabezpieczenie medyczne pacjentów i zapewnienie im transportu w celu zachowania ciągłości procesu leczenia. Pobyt w SOR powinien być zakończony wypisem z wyłączeniem przekazania do dalszego leczenia w oddziale szpitalnym świadczeniodawcy;
 - 16) **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP)** – świadczenie realizowane w ramach całodobowej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trybie nagłym, w tym porady udzielone pacjentowi w izbie przyjęć obejmujące świadczenia diagnostyczno - terapeutyczne, niekończące się hospitalizacją. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmować mogą również procedury medyczne realizowane w szpitalnym oddziale ratunkowym. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmują w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego, zabezpieczenie medyczne pacjentów i zapewnienie im transportu.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3.

Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 1 jest wyłonienie świadczeniodawców, z którymi zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń, spełniających wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy, o której mowa w § 1 jest realizacja świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w poszczególnych zakresach świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawców, finansowanych przez Fundusz. Umowa określa również zasady rozliczania tych świadczeń.
2. Wzór umowy, o której mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.
3. Wzór umowy jest dostosowywany i oznaczany odpowiednio do przedmiotu umowy, zgodnie z § 5 ust. 2 i 3.
4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

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) radioterapii, stanowiącym **załącznik nr 1d** do zarządzenia.
2. Umowa o udzielanie świadczeń z katalogu radioterapii zawierana jest odrębnie.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie albo w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej albo w ramach „leczenia jednego dnia”.

§ 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. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 6, t. 7, str. 3, z późn. zm.²⁾) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

- 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne,
- 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7.

1. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w § 4 zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

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. WE L 329 z 17. 12. 2003 r., str. 1 – 270).

2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4 ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu, w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w:
 - 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568, z późn. zm.);
 - 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520 z późn. zm.);
 - 3) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 300, z późn. zm.);
 - 4) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. Nr 111, poz. 1314);
 - 5) rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 215, z późn. zm.);
 - 6) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 194, poz. 1625);
 - 7) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. Nr 59, poz. 365);
 - 8) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365);
 - 9) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819, z późn. zm.).
3. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 2, dotyczy wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń realizowanych na podstawie umowy, o której mowa w §1.
4. W przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, zgodnie z planem zakupu określonym przez dyrektora Oddziału Funduszu, dyrektor Oddziału Funduszu w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń podmioty nie spełniające wymagań (nie

dotyczy to wymagań formalnoprawnych), po obniżonej cenie, ze wskazaniem okresu w jakim świadczeniodawca dostosuje się do wymagań, w załączniku nr 3 do zarządzenia.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 dyrektor Oddziału Funduszu wskazuje jednocześnie termin dostosowania podmiotu do wymagań określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia.

§ 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 całodobowo dostęp do opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, a w przypadku SOR zapewnia wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską, niezależną od całodobowej opieki lekarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych oraz zapewnia całodobową możliwość realizacji w lokalizacji diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.
2. Zakresy świadczeń w IP i SOR u tego samego świadczeniodawcy kontraktowane są alternatywnie.
3. W SOR świadczeniodawca zapewnia realizację czynności objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności czynności wymienionych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.

§ 9.

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń realizowanej w ramach hospitalizacji powinien posiadać w strukturze organizacyjnej oddział anestezjologii i intensywnej terapii zwany dalej „OAIT”.
2. Liczba łóżek w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.
3. Dyrektor Oddziału Funduszu może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcą, który nie posiada w strukturze organizacyjnej OAIT pod warunkiem posiadania przez tego świadczeniodawcę przynajmniej jednego stanowiska monitorowania czynności życiowych i reanimacji oraz zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej, niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu w warunkach odpowiadających zespołowi ratownictwa medycznego specjalistycznego.
4. Szczegółowy sposób zapewnienia przez świadczeniodawcę, który nie posiada w strukturze organizacyjnej OAIT, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii musi być unormowany w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy, określających warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów

i ciągłości postępowania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2007 r. Nr 14 , poz. 89 z późn. zm.).

§ 10.

1. Świadczenia radiologii zabiegowej mogą być wykonywane przez lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinach, w których są one stosowane i jedynie w zakresie odpowiadającym tej specjalizacji.
2. Realizacja wewnątrznaczyniowych świadczeń zabiegowych diagnostyczno – terapeutycznych na naczyniach wewnątrzczaszkowych i obwodowych, łącznie z aortą, wykonywanych w pracowni radiologii zabiegowej może odbywać się wyłącznie u świadczeniodawców posiadających w strukturze organizacyjnej oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz stanowisko znieczulenia w sali zabiegowej obsługiwane przez specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, których wyposażenie określają odrębne przepisy.
3. Dyrektor oddziału Funduszu nie może warunkowo dopuszczać do udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 2, podmiotów nie spełniających wymagań, po obniżonej cenie.
4. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 3 dotyczy również wymagań w zakresie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii dla grup realizowanych na 2 i 3 poziomie referencyjnym, anestezjologii i intensywnej terapii, a także wszystkich grup, dla których w **załączniku nr 3** do zarządzenia określono wymagania „dodatkowo wymagane” we właściwych ze względu na realizację zakresach.
5. Grupy obejmujące świadczenia, o których mowa w ust. 2 i 4 zostały oznaczone w kolumnie nr 11 w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia.
6. Kontraktowanie przez dyrektorów Oddziałów Funduszu świadczeń w zakresie kardiologii powinno odbywać się w sposób zapewniający dostępność do świadczeń radiologii zabiegowej na naczyniach wieńcowych wykonywanych w zakładzie/ pracowni hemodynamicznej w liczbie 1 pracownia na ok. 300 tys. mieszkańców.

§ 11.

1. W przypadku gdy w oddziale szpitalnym świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem obowiązku spełnienia w tym oddziale wszystkich wymaganych warunków udzielania świadczeń określonych dla danego zakresu w **załączniku nr 3** do zarządzenia.
2. W przypadku kontraktowania w oddziale szpitalnym kolejnego zakresu w ramach hospitalizacji, łączna liczba specjalistów w odpowiednim zakresie nie może być mniejsza niż równoważnik dwóch etatów.
3. 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, o ile ceny jednostek rozliczeniowych są w tych

zakresach jednakowe.

4. Rozliczanie świadczeń w ramach jednego, łącznego limitu, o którym mowa w ust. 3 jest możliwe wyłącznie od nowego okresu sprawozdawczego.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 12.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie.
4. Oddział Funduszu zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
5. Każda zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, musi być zgłoszona przez świadczeniodawcę w terminie umożliwiającym zmianę umowy, jednak nie krótszym niż 14 dni.

§ 13.

1. Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany 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 zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.
2. Udzielanie świadczeniobiorcy świadczeń w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej i leczenia „jednego dnia” może być realizowane, jeżeli cel leczenia w danym przypadku nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji/ hospitalizacji planowej, zobowiązany jest do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.
4. Całodobowa opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami odpowiednio o profilach zabiegowym lub zachowawczym, zgodnie z podziałem na specjalności zabiegowe i zachowawcze określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz

szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797 z późn. zm.), z wyjątkiem zakresów, dla których w **załączniku nr 3** do zarządzenia określono inaczej.

5. Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca.
6. Świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę, wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia oraz określonej w odrębnych przepisach.
7. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.
8. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
9. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego realizowania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
10. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

§ 14.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z **załącznikiem nr 2** do umowy „Harmonogram - zasoby”.
2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń, zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

Rozdział 5

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 15.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym.
2. Świadczeniodawca składa do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę rachunek na piśmie oraz raport statystyczny w formie elektronicznej w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dane zawarte w rachunku świadczeniodawca przekazuje również w formie elektronicznej.
3. Raport statystyczny z realizacji świadczeń podlega weryfikacji przez Oddział Funduszu.

4. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
 - 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
 - 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.
5. Dane, o których mowa w ust. 4 muszą być tożsame z danymi:
 - 1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania,
 - 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. Nr 88, poz. 439 z późn. zm.),
 - 3) określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.).
6. Spełnienie wymagań określonych w ust. 5 pkt 1 i 3 jest konieczne dla rozliczenia świadczeń.
7. Świadczeniodawca zobowiązany 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, 1c i 1d** do zarządzenia.
8. Przy wskazywaniu grupy, o której mowa w ust. 7, świadczeniodawca używa grupera JGP zgodnego z charakterystyką JGP i algorytmem JGP w wersjach ustalonych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.
9. Do wskazywania grupy świadczeniodawca może użyć własnego grupera JGP lub grupera JGP udostępnionego w postaci serwisu technicznego przez Fundusz i przeznaczonego do przetworzenia danych raportu statystycznego lub jego części.
10. Czynności, o których mowa w ust. 7 - 9, świadczeniodawca wykonuje przed złożeniem raportu statystycznego.
11. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzonych w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego, w tym przez gruper JGP w systemie informatycznym Funduszu.
12. Szczegółowe informacje, dotyczące zastosowania do rozliczenia charakterystyki JGP, algorytmu JGP, grupera JGP oraz wskazanie wersji odpowiednich dla danego okresu sprawozdawczego, w tym wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur

Medycznych są publikowane przez Prezesa Funduszu w postaci odrębnego komunikatu.

§ 16.

1. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w SOR lub w IP, zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem, sprawozdania wykonanych czynności, zgodnie z wykazem określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.
2. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń:
 - 1) endoprotezoplastyki narządu ruchu;
 - 2) związanych z opieką nad pacjentami po przeszczepie narządu unaczynionego lub szpiku;
 - 3) związanych z leczeniem udarów,
 - zobowiązany jest do przekazywania w formie elektronicznej sprawozdania, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Fundusz.
3. W przypadku udzielania i rozliczania świadczeń związanych z leczeniem żywieniowym (żywienie dojelitowe, żywienie pozajelitowe), świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie z wzorami określonymi w **załącznikach nr 7a - 7d** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy włączyć do historii choroby.
4. W przypadku udzielania świadczeń związanych z porodem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej – karty obserwacji porodu (partogramu), zawierającej wszystkie elementy określone w **załączniku nr 10** do zarządzenia. Kartę obserwacji porodu należy włączyć do historii choroby.
5. W przypadku udzielania świadczenia nr 5.53.01.0001471- Leczenie chorego z ciężką sepsą aktywowanym białkiem C z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do:
 - 1) stosowania kryteriów rozpoznania ciężkiej sepsy określonych w **załączniku nr 11a** do zarządzenia;
 - 2) prowadzenia dokumentacji dodatkowej - Karty leczenia preparatem rekombinowane ludzkie aktywowane białko C, stanowiącej **załącznik nr 11b** do zarządzenia.
6. W przypadku udzielania świadczenia nr 5.53.01.0001469 - Leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem antagonisty receptora dla glikoproteiny IIb/IIIa u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania kodu ICD-9, określającego zastosowany lek:
 - 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.

§ 17.

1. Jednostką rozliczeniową świadczeń opieki zdrowotnej służącą do rozliczania umów o udzielanie świadczeń, o których mowa w § 1, jest punkt.
2. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz w umowie, stanowiącej **załącznik nr 2** do zarządzenia.

§ 18.

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
 - A03 - Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu;
 - 2) Neurochirurgia
 - a) A41 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu,
 - b) A42 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy,
 - c) A43 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy;
 - 3) Neurologia
 - A47 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym;
 - 4) Otorinolaryngologia:
 - d) C05 - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych,
 - e) C06 - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu,
 - f) C07 - Wymiana procesora mowy;
 - 5) Chirurgia klatki piersiowej:
 - a) D01 - Złożone zabiegi klatki piersiowej,
 - b) D02 - Kompleksowe zabiegi klatki piersiowej;
 - 6) Kardiologia
 - a) E11 - OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni,
 - b) E12 - OZW - leczenie inwazyjne złożone,
 - c) E13 - OZW - leczenie inwazyjne > 3 dni,
 - d) E14 - OZW - leczenie inwazyjne < 4 dni;
 - 7) Ortopedia i traumatologia narządu ruchu:
 - a) H01 - Endoprotezoplastyka pierwotna łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo - goleniowego, częściowa kolana,
 - b) H02 - Endoprotezoplastyka pierwotna połowicza stawu biodrowego,
 - c) H04 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra,
 - d) H05 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra,

- e) H06 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra (trzpień przynasadowy, kapoplastyka), kolana - z rekonstrukcją kostną,
- f) H07 - Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa,
- g) H08 - Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita,
- h) H09 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania z towarzyszącym złamaniem "okołoprotezowym",
- i) H10 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne jednoetapowe w przypadkach infekcji wokół protezy,
- j) H11 - zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych;

8) Położnictwo i ginekologia:

- a) N01 – Poród,
- b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
- c) N03 - Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem,
- d) N10 - Noworodek zdrowy;

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.

2. Dla zakresów grup, o których mowa w ust. 1, w umowie zostanie określona odrębna liczba punktów oraz kwota zobowiązania przeznaczona na realizację tych grup świadczeń.

3. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z grup w określonych poniżej zakresach:

1) Kardiologia:

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

2) Położnictwo i ginekologia:

- a) N01 – Poród,
- b) N02 - Poród mnogi lub przedwczesny,
- c) N03 - Ciężka patologia ciąży, płodu, zakończona porodem,
- d) N10 - Noworodek zdrowy;

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

- przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 2, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału – 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.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 i 3, rozliczanie świadczeń w ramach kwot zobowiązań odbywa się łącznie.

§ 19.

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, należy archiwizować w historii choroby.
3. Ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci, powinna być przeprowadzana 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 zastrzeżeniem ust. 5 - 7.
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 TISS - 28 dla dzieci.
6. Wartości punktowe grup zabiegowych z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia uwzględniają uśrednione koszty leczenia pacjenta w OAiIT w czasie do 48 godzin po wykonanym zabiegu, a w przypadku grup zabiegowych, w których udział kosztów leczenia w OAiIT stanowi istotny element kosztowy, są one dodatkowo oznaczone „*” w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia.
7. W przypadku pacjentów, u których przed przeniesieniem do OAiIT wykonywane były świadczenia zabiegowe, o których mowa w ust. 6, finansowanie leczenia w OAiIT odbywa się od trzeciej doby pobytu, o ile osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo TISS - 28

dla dzieci.

8. W przypadku pacjentów leczonych wyłącznie w OAiIT, u których podczas pobytu wykonano świadczenie zabiegowe w warunkach sali operacyjnej/ zabiegowej, rozliczenie zabiegu odbywa się poprzez właściwą grupę z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia, niezależnie od rozliczenia osobodni pobytu na podstawie oceny stanu zdrowia w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci. W tym przypadku rozliczenie osobodni pobytu w OAiIT odbywa się z pominięciem osobodnia, w którym wykonano zabieg.
9. Dzień przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dzień jego zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym osiągnięto wyższą punktację w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci z zastrzeżeniem ust. 11.
10. W rozumieniu warunków zawierania umów dniem zakończenia leczenia w OAiIT wykazywanym do rozliczenia, jest ostatni dzień, w którym osiągnięto co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci.
11. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się poprzez punkt transformowany, obliczony poprzez transformację oceny uzyskanej w skali TISS – 28 albo TISS - 28 dla dzieci w określonym dniu wg poniższego wzoru:

$$x^+ = f(x) = \left(\frac{x}{65}\right)^6 \times 30 + x$$

gdzie:

- $f(x)$ - transformacja,
- x^+ - liczba punktów w nowej skali TISS⁺,
- x - liczba punktów w skali TISS-28

12. W przypadku pacjentów leczonych w OAiIT, u których podczas pobytu wykonywane były świadczenia z grup zachowawczych albo z grup zabiegowych, o których mowa w ust. 7 i 9 albo świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych z katalogu 1b, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez 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.
13. W przypadku pacjentów leczonych wyłącznie w OAiIT, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez świadczenie nr 5.52.01.0001467 – Świadczenie w OAiIT z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia jako sumę świadczeń z katalogu 1c oraz ewentualnie innych świadczeń dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu świadczeń do sumowania stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia. Niezależnie od powyższego należy wykazywać odrębnie dla każdego dnia pobytu świadczenia z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia.

§ 20.

1. Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w IP albo SOR dokonuje się z uwzględnieniem warunków technicznych, liczby personelu oraz średniej liczby i wagi świadczeń udzielonych

w przyjętym okresie rozliczeniowym.

2. Finansowanie świadczeń udzielanych w IP albo SOR odbywa się w oparciu o stawkę ryczału dobowego (R), którego wysokość stanowi sumę dwóch składowych według wzoru:

$$R = R_s + R_f$$

gdzie:

R – stawka ryczału dobowego,
R_s – składowa ryczału za strukturę,
R_f – składowa ryczału za funkcję

3. Ryczałt za strukturę oblicza się poprzez iloczyn dobowej wartości stawki bazowej dla IP lub SOR, określonej przez dyrektora Oddziału Funduszu, przez wskaźnik (%) spełnionego standardu warunków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia.
4. Suma punktów przyjętych do określenia składowej za funkcję jest iloczynem średniej dobowej liczby pacjentów zaopatrzonych w IP albo SOR oraz średniej wagi punktowej każdego pacjenta dla poprzedniego okresu rozliczeniowego (przyjmuje się wartość: 1 punkt = 30 zł), określonej w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, nie wyższej jednak, niż wielkość określona dla charakterystyki pacjenta, wyrażonej w wartościach pieniężnych:

	charakterystyka pacjenta	waga:
1	pacjent bez hospitalizacji, podstawowa diagnostyka, porada lekarska	1
2	pacjent bez hospitalizacji, konsultacja, rozszerzona diagnostyka	3
3	pacjent do hospitalizacji, po obserwacji i zaopatrzeniu w SOR, rozszerzona diagnostyka	5
4	pacjent do hospitalizacji, zagrożenie życia, resuscytacja, rozszerzona diagnostyka	7
5	pacjent leczony w SOR przynajmniej pełną dobę	10

Wartość składowej ryczału za funkcję określa się wg następującego wzoru:

$$R_f = \frac{a}{L_d} \times \sum_{i=1}^6 P_i \times W_i$$

gdzie:

a – stawka za punkt, o której mowa powyżej (zł),
L_d – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji
P_i – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej grupy w charakterystyce,
W_i – waga odpowiedniej grupy w charakterystyce.

5. Dla nowych świadczeniodawców składowa ryczału za funkcję ustalana jest na podstawie przewidywanego obciążenia.

§ 21.

1. Fundusz finansuje dodatkowo poprzez osobodzień, wynikające z zasad postępowania medycznego, w tym leczenia powikłań i rehabilitacji, hospitalizacje o przedłużonym czasie pobytu ponad limit ustalony dla danej grupy.
2. Czas pobytu (liczba osobodni) finansowany grupą (LOsP) został obliczony na podstawie ogólnopolskich danych sprawozdawczych, w oparciu o statystyczne miary rozproszenia, wg wzoru:

$$LOsP = Q_3 + 1,5 (Q_3 - Q_1)$$

gdzie Q_1 i Q_3 oznaczają odpowiednio pierwszy i trzeci kwartył czasu hospitalizacji świadczeń zakwalifikowanych do danej grupy, wyrażonego w dniach.

3. Wartość punktową każdego osobodnia ponad limit objęty ryczałtem ustala się w katalogu grup na poziomie 80% średniej wartości osobodnia dla danej grupy, nie więcej jednak niż 6 punktów, z zastrzeżeniem dla grupy N21 - Ciężka patologia noworodka > 30 dni i dla grup: S01, S02, dla których wartość punktowa określona została odrębnie.
4. Dla hospitalizacji, w których z zasad postępowania medycznego w odniesieniu do charakterystyki wyniku, że czas hospitalizacji powinien przekraczać jeden dzień, ustala się w katalogu grup wartość rozliczenia na poziomie 20% wartości grupy, do której została zakwalifikowana, w przypadku, gdy czas leczenia wyniesie jeden dzień, z wyłączeniem zgonów.
5. Limit czasu leczenia objętego ryczałtem grupy i wartość punktowa hospitalizacji o czasie pobytu poniżej dwóch dni oraz wartość osobodnia ponad limit ustalony dla grupy, określone są odpowiednio w kolumnach nr 7, 8, 9 w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, o ile finansowanie osobodniami ponad limit lub wartość punktowa hospitalizacji o czasie pobytu poniżej dwóch dni dotyczy tej grupy.
6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 nie dotyczy świadczeń realizowanych w ramach hospitalizacji planowej i „leczenia jednego dnia”.
7. Z finansowania, o którym mowa w § 21 ust. 1, 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) w katalogu grup wskazano możliwość zawarcia umowy na leczenie jednego dnia;
 - 5) koszt leku lub wyrobu medycznego stanowi istotną część wartości punktowej grupy.

§ 22.

1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem urazów wielonarządowych, konieczne jest wskazanie w raporcie statystycznym wszystkich rozpoznań według ICD – 10, z których rozpoznanie zasadnicze odpowiada urazowi z przedziału rozpoznań T00 – T07 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 których mowa w ust. 1 odbywa się poprzez grupę z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia wraz z ewentualnie dołączonymi osobodniami ponad limit ustalony dla grupy, skorygowaną jednym z poniższych wskaźników wskazującym na rozległość urazu wielonarządowego (liczbę narządów objętych urazem):

- 1) urazy wielonarządowe 4 i więcej narządów - 1,85,
 - 2) urazy wielonarządowe 3 narządów - 1,78,
 - 3) urazy wielonarządowe 2 narządów - 1,54
3. Niezależnie od wskazania do rozliczenia grupy o najwyższej wartości punktowej, skorygowanej odpowiednim wskaźnikiem, w raporcie statystycznym możliwe jest wykazanie świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, w tym świadczeń udzielanych w OAIIT.

§ 23.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w zakresie toksykologii klinicznej zobowiązani są do stosowania skali ciężkości zatruc (PSS - poisoning severity score) – stanowiącej **załącznik nr 8** do zarządzenia.

§ 24.

1. Rozliczenie świadczenia W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia, którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i jednocześnie wartość świadczenia przekracza co najmniej trzykrotnie wartość punktową grupy właściwej ze względu na rozliczenie lub świadczenia nie można zakwalifikować do żadnej z grupy z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia lub z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia lub z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia lub z katalogu radioterapii, stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia (nie dotyczy błędów kodowania), rozliczenie świadczenia może odbywać się poprzez świadczenie: 5.52.01.0001363 - Świadczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na jego finansowanie.
2. Finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z 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 podpisanej umowie;
 - 2) świadczeniodawca występuje z wnioskiem, którego wzór stanowi **załącznik nr 6** do zarządzenia do Oddziału Funduszu, w terminie poprzedzającym realizację świadczenia, w wyjątkowych sytuacjach w trakcie jego realizacji, celem uzyskania zgody Oddziału Funduszu na sfinansowanie procesu terapeutycznego wskazanego we wniosku;
 - 3) wniosek, o którym mowa w pkt 2 zawiera uzasadnienie terapeutyczne oraz koszt realizacji świadczenia.
3. Rozliczanie świadczeń związanych z nowymi technologiami o udowodnionej efektywności klinicznej jest możliwe po dostarczeniu przez świadczeniodawcę występującego z wnioskiem, dokumentów (w języku polskim) potwierdzających efektywność kliniczną świadczenia wobec pierwszorzędowych punktów końcowych.

4. Nie dopuszcza się zastosowania świadczenia, o którym mowa w ust. 1 dla rozliczania wyłącznie kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271).
5. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 3, odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:
 - 1) świadczeniodawca, przed rozpoczęciem realizacji świadczenia lub w wyjątkowych, uzasadnionych medycznie przypadkach w trakcie jego realizacji, składa do właściwego terytorialnie oddziału Funduszu, wniosek o finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 2 wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia, a w przypadku nowych technologii również dokumentami, o których mowa w ust. 3,
 - 2) wniosek, o którym mowa w pkt 1 zawiera:
 - a) uzasadnienie medyczne zastosowania określonego postępowania terapeutycznego,
 - b) rozpoznanie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta i/ lub procedury medyczne według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych,
 - c) informację o koszcie realizacji świadczenia,
 - d) informację o przewidywanym terminie realizacji świadczenia,
 - e) dane osobowe wszystkich świadczeniobiorców, których dotyczy wniosek – w przypadku gdy wniosek dotyczy więcej niż jednego świadczeniobiorcy;
 - 3) jeżeli świadczeniodawca występuje o finansowanie świadczeń związanych z technologiami, których wykonanie planowane jest dla więcej niż jednego świadczeniobiorcy i na dzień składania wniosku nie dysponuje danymi osobowymi, o których mowa w pkt 2 lit. e, we wniosku konieczne jest wskazanie liczby świadczeń planowanych do realizacji w okresie rozliczeniowym oraz kosztu jednostkowego świadczenia;
 - 4) w przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w pkt 3, świadczeniodawca zobowiązany jest do składania wniosków uzupełnionych o dane osobowe odrębnie dla każdego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem realizacji świadczenia;
 - 5) zgodę na finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów;
 - 6) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest zobowiązany do jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody na finansowanie świadczenia;
 - 7) każdorazowe wydanie zgody na finansowanie świadczenia powinno być poprzedzone dokonaniem oceny, czy świadczenie, o którego finansowanie występuje świadczeniodawca nie można zakwalifikować do żadnej grupy z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia lub z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia lub z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia lub z katalogu radioterapii, stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia oraz czy finansowanie świadczenia nie ograniczy dostępności do świadczeń w zakresie, którego

przedmiotowa zgoda dotyczy;

- 8) dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona może dokonać zmiany w zakresie kosztów świadczenia jeśli w trakcie realizacji świadczenia nastąpiły istotne zmiany mające wpływ na jego wartość. Jeżeli kalkulacja kosztów przedstawiona we wniosku oparta jest o wstępną kalkulację, przed rozliczeniem świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić zweryfikowane koszty poniesione w trakcie realizacji tego świadczenia;
- 9) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji taki sam jak dla innych świadczeń szpitalnych;
- 10) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów, na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;
- 11) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację z tym związaną, uwzględniającą zakres danych wskazany we wniosku, w tym rejestr zgód oraz wszystkie dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji oraz oceny, o której mowa w ust. 5 pkt 7.

§ 25.

Przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w zakładzie opieki zdrowotnej do rozliczenia należy wykazywać tylko 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 – 7;
- 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) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia ze świadczeniami zawartymi w katalogu radioterapii stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia oraz substancji czynnych, wyłącznie w przypadkach gdy terapia adiuwantowa jest prowadzona bezpośrednio po rozpoznaniu nowotworu podczas tej samej hospitalizacji;
- 4) szczegółowe zasady realizacji i rozliczania świadczeń związanych z chemioterapią lub terapią objętą programem terapeutycznym – lekowym, są regulowane odrębnymi przepisami;
- 5) możliwość łącznego rozliczania świadczeń, w przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określa § 19;
- 6) 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 odrębnie kontraktowane, zawartymi w katalogu zakresów świadczeń odrębnie kontraktowanych, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych;
- 7) w przypadkach, o których mowa w pkt 3 i 6, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
 - 8) niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
 - 9) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
 - 10) jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu schorzenia określonego charakterystyką danej grupy, nie przekracza 14 dni, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie;
 - 11) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczanie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni;
 - 12) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 11 nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: brachyterapii, teleradioterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego;
 - 13) 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.

§ 26.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń planowych, zawartych w grupach:

- 1) H01 Endoprotezoplastyka pierwotna łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo-goleniowego, częściowa kolana;
- 2) H02 Endoprotezoplastyka pierwotna połowicza stawu biodrowego;
- 3) H04 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra;
- 4) H05 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra;
- 5) H06 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra (trzcień przynasadowy, kapoplastyka), kolana – rekonstrukcją kostną;
- 6) H07 Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa;
- 7) H08 Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita;
- 8) H09 Zabiegi operacyjne – rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania z towarzyszącym złamaniem „okołoprotezowym”;
- 9) H10 Zabiegi operacyjne – rewizyjne jednoetapowe w przypadkach infekcji wokół protezy;
- 10) H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką

lub zabieg rewizyjny z użyciem protez prosekcyjnych

- jest zobowiązany do prowadzenia list oczekujących zgodnie z zasadami określonymi w **załączniku nr 12** do zarządzenia oraz przekazywania list oczekujących z wykorzystaniem aplikacji udostępnionej przez Oddział Funduszu, w podziale na:

- a) endoprotezoplastykę stawu biodrowego,
- b) endoprotezoplastykę stawu kolanowego,
- c) rewizję po endoprotezoplastyce stawu biodrowego,
- d) rewizję po endoprotezoplastyce stawu kolanowego.

2. Zakres gromadzonych i przekazywanych danych jest zgodny z zakresem danych dla osób oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

§ 27.

Zobowiązuje się, dyrektorów Oddziałów Funduszu do wprowadzenia zmian w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, do dnia 30 czerwca 2008 r.

§ 28.

Traci moc zarządzenie Nr 80/2006 z dnia 18 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”.

§ 29.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz

Załączniki:

- załącznik nr 1a** - Katalog grup;
- załącznik nr 1b** - Katalog świadczeń odrębnych;
- załącznik nr 1c** - Katalog świadczeń do sumowania;
- załącznik nr 1d** - Katalog radioterapii;
- załącznik nr 2** - Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne;
- załącznik nr 3** - Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne;
- załącznik nr 4a** - Skala TISS-28;
- załącznik nr 4b** - Wzór karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28;
- załącznik nr 5a** - Wykaz czynności wykonywanych w SOR i IP;
- załącznik nr 5b** - Warunki w SOR i IP;
- załącznik nr 6** - Wniosek o wyrażenie „zgody płatnika”;
- załącznik nr 7a** - Subiektywna globalna ocena stanu odżywienia (SGA);
- załącznik nr 7b** - Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia (Nutritional Risk Score, NRS);
- załącznik nr 7c** - Karta kwalifikacji do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego;
- załącznik nr 7d** - Karta żywienia pozajelitowego/ karta metaboliczna;
- załącznik nr 8** - Skala ciężkości zatruc;
- załącznik nr 9** - Charakterystyka JGP;
- załącznik nr 10** - Partogram;
- załącznik nr 11a** - Kryteria rozpoznania ciężkiej sepsy;
- załącznik nr 11b** - Karta leczenia preparatem rekombinowane ludzkie aktywowane białko C;
- załącznik nr 12** - Zasady prowadzenia listy oczekujących na świadczenia wyskospecjalistyczne.