

Zarządzenie Nr 37/2008/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 19 czerwca 2008 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii

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. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

Zarządzenie reguluje postępowanie w sprawie zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem tych umów.

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **chemioterapia** – świadczenie, w trakcie którego podawane są substancje czynne wymienione w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów;
- 2) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń, w tym również w innym miejscu lub lokalizacji niż określone w umowie;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** - lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 6) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;

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 167, poz. 1398, Nr 169, poz. 1411, Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 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, z 2007 r. Nr 64, poz. 427, Nr 166, poz. 1172 i Nr 171, poz.1208 oraz z 2008 r. Nr 52, poz.305 i Nr 70, poz. 416

- 7) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 8) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 9) **okresowa ocena skuteczności leczenia chemioterapeutycznego** – realizowane w trybie ambulatoryjnym, nie rzadziej niż raz na trzy miesiące kompleksowe świadczenie składające się z porady specjalistycznej oraz wykonywanych w trakcie tej porady badań laboratoryjnych i/lub obrazowych, zgodnie z obowiązującymi opartymi o aktualną wiedzę medyczną zasadami postępowania medycznego przy leczeniu nowotworów chemioterapią;
- 10) **osobodzień** – jednostka miary służąca do rozliczania świadczeń opisanych w katalogu świadczeń realizowanych w zakresie chemioterapii;
- 11) **punkt** – jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opisanych w katalogu świadczeń realizowanych w zakresie chemioterapii i katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów;
- 12) **raport statystyczny** – informacja o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 13) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** - całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta do oddziału szpitalnego do momentu jego wypisu lub zgonu; hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapie zlecone przez lekarza oraz pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia pacjenta, jak również wszelkie świadczenia profilaktyczne oraz inne związane z pobytem pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, w tym transport sanitarny;
- 14) **świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym** - udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym na:
 - a) oddziale szpitalnym,
 - b) oddziale jednego dnia,- którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, realizowane w ciągu jednego dnia;
- 15) **porada ambulatoryjna związana z chemioterapią** - udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym, których celem jest wykonanie badań diagnostycznych u pacjenta oraz wydanie leku przeciwnowotworowego;

16) **katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii** – wykaz zawierający substancje czynne stosowane w chemioterapii nowotworów wraz z przypisanymi rozpoznaniem według „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” – ICD-10 oraz substancje czynne stosowane w terapii wspomagającej;

17) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenie szpitalne, dla których w umowie określa się kwotę i sposób finansowania.

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 jest wyłonienie wykonawców świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, spełniających wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

§ 4.

1. Przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą jest realizacja finansowanych przez Fundusz świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom w zakresie chemioterapia, określonych:
 - 1) w katalogu świadczeń podstawowych - leczenie szpitalne - chemioterapia, zwanym dalej katalogiem świadczeń podstawowych, stanowiącym **załącznik nr 1e** do zarządzenia;
 - 2) w katalogu świadczeń wspomagających - leczenie szpitalne - chemioterapia, zwanym dalej katalogiem świadczeń wspomagających, stanowiącym **załącznik nr 1j** do zarządzenia;
 - 3) w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii, składającym się z części A zawierającej substancje czynne stosowane w chemioterapii nowotworów, części B zawierającej substancje czynne stosowane w chemioterapii nowotworów wraz z rozpoznaniem według ICD-10 i części C zawierającej substancje czynne stosowane w terapii wspomagającej, zwanym dalej katalogiem substancji, stanowiącym **załącznik nr 1f** do zarządzenia.
2. Umowa określa zasady rozliczania świadczeń.
3. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.
4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

§ 5.

W rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia substancje czynne podawane są

świadczeniobiorcom w następujących trybach:

- 1) hospitalizacja;
- 2) tryb jednodniowy;
- 3) tryb ambulatoryjny.

§ 6.

1. Świadczenia określone w katalogu świadczeń podstawowych:

- 1) „osobodzień hospitalizacji hematologicznej u dorosłych”;
- 2) „osobodzień hospitalizacji onkologicznej u dorosłych”;
- 3) „osobodzień hospitalizacji hematologicznej u dzieci”;
- 4) „osobodzień hospitalizacji onkologicznej u dzieci”;
- 5) „osobodzień hospitalizacji pulmonologicznej w celu leczenia nowotworów u dorosłych”;
- 6) „podanie chemioterapii w trybie jednodniowym”;

- dotyczą dni pobytu, w których nastąpiło podanie świadczeniobiorcy substancji czynnych ujętych w katalogu substancji, a także wykonanie innej procedury związanej z leczeniem nowotworów, znajdującej się w katalogu świadczeń wspomagających lub katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do Zarządzenia 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.

2. Świadczenie „porada ambulatoryjna związana z chemioterapią” dotyczy wizyty ambulatoryjnej, w ramach której pacjentowi wykonywane są badania diagnostyczne oraz wydawane przez świadczeniodawcę leki przeciwnowotworowe celem samodzielnego przyjmowania przez pacjenta w domu.

3. Świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 nie można sumować z Jednorodnymi Grupami Pacjentów i świadczeniami w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

4. Wartość punktową świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2 określa katalog świadczeń podstawowych.

§ 7.

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.,
- 85143000-3 Usługi ambulatoryjne.

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).

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 8.

1. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii zawiera się ze Świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana w drodze przeprowadzonego konkursu ofert albo rokowań.

2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy powinien spełniać wymagania określone 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 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.);
- 3) 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.);
- 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 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.

4. Jeśli w wyniku przeprowadzonego konkursu albo rokowań nie ma 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 określonych w ust. 2 (nie dotyczy wymagań formalnoprawnych), z jednoczesnym odpowiednim obniżeniem ceny punktu.

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.

§ 9.

W przypadku, gdy Świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem obowiązku spełnienia w miejscu realizacji świadczeń warunków udzielania świadczeń.

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”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone dla Świadczeniodawców w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą, a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy. Na zasadach określonych w ustawie Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.
4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia Dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
6. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 5 należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych.

§ 11.

1. Świadczeniodawca jest odpowiedzialny za stosowanie każdej z substancji czynnych ujętych w katalogu substancji zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz standardami łączenia substancji czynnych.
2. Terapię realizowaną zgodnie z zasadami stosowania substancji czynnych, o których mowa w ust. 1, kwalifikuje się jako chemioterapię standardową. Za wdrożenie odpowiedniej terapii zgodnie z aktualną wiedzą medyczną odpowiada lekarz prowadzący.

3. Jeżeli w trakcie realizowanego świadczenia, wykorzystane są substancje, które nie znajdują się w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów (**załącznik nr 1f część A**), lub gdy substancji czynnej zawartej w tym katalogu, nie można rozliczyć w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym zgodnie z przyporządkowanym kodem ICD-10 (**załącznik nr 1f część B**), terapia taka kwalifikowana jest jako chemioterapia niestandardowa i może być realizowana na warunkach określonych w **załączniku nr 5** do zarządzenia oraz w sposób opisany we wniosku stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia.
4. W przypadku stosowania substancji czynnej poza wskazaniami rejestracyjnymi Świadczeniodawca jest zobowiązany uzyskać pisemną zgodę pacjenta i dołączyć formularz świadomej zgody pacjenta na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi, którego wzór określa **załącznik nr 5b** do zarządzenia.
5. Koszty badań wykonanych w trakcie udzielania świadczeń, podanych/wydanych leków oraz zastosowanych wyrobów medycznych i produktów leczniczych niezbędnych do wykonania świadczenia ponosi Świadczeniodawca.
6. Świadczeniodawca zobowiązany jest do przeprowadzania okresowej oceny skuteczności leczenia chemioterapeutycznego zgodnie z kryteriami wykonania porady, stanowiącymi **załącznik nr 4** do zarządzenia oraz umieszczania wyników oceny w indywidualnej karcie leczenia chorego, której wzór stanowi **załącznik nr 4a** do zarządzenia.
7. W ramach umowy, o której mowa w § 4 ust. 1, Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach oraz dodatkowo dokumentacji wymaganej warunkami zarządzenia.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.
9. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
10. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
11. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

§ 12.

1. Świadczenia, na wykonywanie których Fundusz zawarł umowę ze Świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby, posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z **załącznikiem nr 2** do umowy.

2. Wszelkie zmiany personelu, o którym w ust. 1, w okresie obowiązywania umowy wymagają akceptacji właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 13.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń, zgodnie z harmonogramem-zasoby, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Harmonogram - zasoby powinien gwarantować prawo świadczeniobiorców do równego dostępu do świadczeń.

Rozdział 5

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

§ 14.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest:
 - 1) rachunek wraz z raportem statystycznym,
oraz
 - 2) „załącznik sprawozdawczo rozliczeniowy” dla świadczeń z zakresu chemioterapii, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4** do umowy.
2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu i sprawozdania będącego podstawą wystawienia rachunku.
3. Świadczeniodawca składa w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni do oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę:
 - 1) rachunek w formie papierowej wraz z raportem statystycznym w formie elektronicznej,
 - 2) sprawozdanie, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4** do umowy w formie elektronicznej z zastrzeżeniem, że część II załącznika: „ewidencja faktur” dotyczy wyłącznie faktur związanych z zakupem leków z katalogu substancji oraz tych, które będą stosowane w ramach „chemioterapii niestandardowej”.
4. Informacje zawarte w raporcie statystycznym muszą być zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. W ramach raportu statystycznego, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania rozpoznań według „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” - ICD-10 w postaci 5-znakowej (X12.3) oraz wykonanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – ICD-9.

§ 15.

1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.
2. Należność za świadczenia stanowi sumę iloczynów:
 - 1) liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogach świadczeń, ceny punktu
oraz
 - 2) ilości podanych/wydanych świadczeniobiorcom substancji czynnych, wartości punktowej jednostki miary substancji czynnych określonych w katalogu substancji i ceny punktu.
3. Rozliczeniu podlegają podane/wydane świadczeniobiorcy substancje czynne, w ilościach stanowiących wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji określonych w katalogu substancji.
4. Dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Rozliczeniu podlegają wszystkie osobodni, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt. 6.
6. Należność za świadczenia nie może być większa od iloczynu liczby punktów i ceny punktu, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla danego zakresu świadczeń.
7. Należność dla danego zakresu świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy przekazywana w rachunku może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż określone w ust. 3. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.
8. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

§ 16.

1. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez oddział wojewódzki Funduszu.
2. Po wskazaniu przez świadczeniodawcę, które pozycje z raportu statystycznego przedstawia on do rozliczenia w bieżącym miesiącu sprawozdawczym, Fundusz przekazuje zwrótnie komunikat potwierdzenia rozliczenia świadczeń, na podstawie którego zostaje sporządzony rachunek/faktura.
3. Wystawienie faktury następuje na podstawie zatwierdzonego przez Fundusz raportu statystycznego.

4. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych lub przedstawienie ich w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w zakresie rozliczenia do którego oddział wojewódzki Funduszu powziął zastrzeżenia.

§ 17.

1. Dopuszczalne jest w przypadkach uzasadnionych medycznie, łączne rozliczenie substancji z katalogu substancji czynnych (**załącznik nr 1f**) i świadczeń w ramach katalogu świadczeń wspomagających (**załącznik nr 1j**) wykonywanych w trybie hospitalizacji lub trybie jednodniowym ze świadczeniami wykonywanymi w ramach: katalogu grup (załącznik nr 1a), katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b), katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c), katalogu radioterapii (załącznik nr 1d) określonych na podstawie Zarządzenia 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 oraz świadczeń katalogu świadczeń i zakresów leczenia szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne (załącznik nr 1g), katalogu substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (załącznik nr 1h), katalogu ryczałtów miesięcznych za diagnostykę w programach terapeutycznych (załącznik nr 1i) określonych w Zarządzeniu Nr 36/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne z dnia 19 czerwca 2008 r.
2. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń określonych w katalogu świadczeń podstawowych – (**załącznik nr 1e**) ze świadczeniami wykonywanymi w ramach: katalogu grup – (załącznik nr 1a), katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b) określonych na podstawie zarządzenia o którym mowa w ust. 1, oraz katalogu świadczeń i zakresów -leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne (załącznik nr 1g) określonych w Zarządzeniu Nr 36/2008/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne z dnia 19 czerwca 2008 r.
3. W przypadkach uzasadnionych medycznie, dopuszczalne jest łączne rozliczenie świadczeń z zakresu chemioterapii wykonywanej w trybie ambulatoryjnym ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne leczenie specjalistyczne zawartymi w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK).
4. W przypadkach, o których mowa w ust.1 i 3, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów.

§ 18.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od 1 lipca 2008 r.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz

Załączniki:

- | | |
|-----------------|--|
| Załącznik nr 1e | „Katalog świadczeń podstawowych - leczenie szpitalne - chemioterapia |
| Załącznik nr 1f | „Katalog substancji czynnych stosowanych w chemioterapii” |
| Załącznik nr 1j | „Katalog świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne - chemioterapia” |
| Załącznik nr 2 | „Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne - chemioterapia” |
| Załącznik nr 3 | „Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - chemioterapia” |
| Załącznik nr 4 | „Kryteria wykonania porady z okresową oceną skuteczności leczenia chemioterapeutycznego” |
| Załącznik nr 4a | „Indywidualna Karta Leczenia Chorego” do porady okresowej oceny |
| Załącznik nr 5 | Wytyczne stosowania świadczenia „Chemioterapia niestandardowa” |
| Załącznik nr 5a | „Wniosek o chemioterapię niestandardową” |
| Załącznik nr 5b | „Formularz świadomej zgody pacjenta na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnym” |