

**Zarządzenie Nr 8/2009/DSOZ
Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 23 stycznia 2009 r.**

zmieniające zarządzenie 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 (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 18 w ust. 1 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) Okulistyka

- a) B12 Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- b) B13 Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- c) B14 Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- d) B15 Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;

2) w § 19:

a) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

b) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. W przypadku pacjentów, u których bezpośrednio przed przeniesieniem do OAiIT wykonywane były świadczenia zabiegowe, o których mowa w ust. 6, finansowanie leczenia w OAiIT odbywa się od trzeciego dnia pobytu, o ile osiągnęli co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS - 28 dla dzieci.”;

c) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W rozumieniu warunków zawierania umów dniem przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dniem jego zakończenia są dni, w których pacjent osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS - 28 albo co najmniej 16 punktów w skali TISS - 28 dla dzieci.”;

d) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. 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:

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

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).”;

3) w § 21 uchyla się ust. 2 i 3;

4) w § 24 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Nie dopuszcza się zastosowania świadczenia, o którym mowa w ust. 1 dla rozliczania:

- 1) wyłącznie 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.),
- 2) substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów;
- 3) świadczeń, w tym produktów leczniczych w przypadkach, w których cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.”;

5) w § 25 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu schorzenia określonego charakterystyką danej grupy 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 11.”;

6) w § 26:

a) w ust. 1 pkt 11 – 18 otrzymują brzmienie:

- „11) B12 Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- 12) B13 Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- 13) B14 Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- 14) B15 Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki*;
- 15) E23 Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES *;
- 16) E24 Angioplastyka z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa *;
- 17) E25 Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi *;
- 18) E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa *.”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust 1 udzielanych pacjentom, którzy w dniu przyjęcia nie znajdowali się na liście oczekujących. Przypadki pilne powinny być wpisane na listy oczekujących z czasem oczekiwania „0”;

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Ustalenie, o którym mowa w ust. 3 nie dotyczy świadczeń udzielanych w trybie nagłym oraz świadczeniobiorców wymienionych w art. 47c ustawy.”;

7) § 26 – 28 otrzymują odpowiednio oznaczenia § 27 – 29;

8) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

9) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

- 10) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 11) załącznik nr 1d do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 12) w załączniku nr 3 w części hospitalizacja:
- a) skreśla się punkty: 14.3, 24.4;
 - b) pkt 30.3 otrzymuje brzmienie: „Warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup: A48, A51”;
- 13) w załączniku 5b w części - Warunki techniczne, organizacyjne i kadrowe w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) - warunki organizacyjne:
- a) w pkt 3 skreśla się lit. d;
 - b) pkt 4 otrzymuje brzmienie:
„4) obszar resuscytacyjno-zabiegowy z co najmniej dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi wyposażonymi w:
(dla uzyskania punktów konieczne spełnienie wszystkich elementów składowych)”;
 - c) pkt 4 lit. o otrzymuje brzmienie:
„o) respirator transportowy - co najmniej jeden na dwa stanowiska”;
 - d) pkt 4 lit. p otrzymuje brzmienie:
„p) respirator stacjonarny - co najmniej jeden na obszar”;
 - e) pkt 4 lit. r otrzymuje brzmienie:
„r) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych - co najmniej jeden na dwa stanowiska”;
- 14) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich do dokonania zmian umów w formie aneksu.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2009 r.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

dr n. med. Jacek Paszkiewicz

Załączniki:

załącznik nr 1 - Katalog grup;

załącznik nr 2 - Katalog świadczeń odrębnych;

załącznik nr 3 - Katalog świadczeń do sumowania;

załącznik nr 4 - Katalog radioterapii;

załącznik nr 5 - Charakterystyka JGP.