

## Zarządzenie Nr 36/2008/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 terapeutyczne programy zdrowotne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 pkt 1 i 3 w związku z art. 48 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

#### Rozdział 1 Postanowienia ogólne

##### § 1.

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

##### § 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:
  - 1) **dostęp/zapewnienie realizacji** – zapewnienie wykonywania świadczeń, w tym również w innym miejscu lub lokalizacji niż określone w umowie;
  - 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 3) **lekarz danej specjalności** – lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
  - 4) **lekarz specjalista w danej dziedzinie medycyny** - lekarz, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
  - 5) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;
  - 6) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
  - 7) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
  - 8) **opis terapeutycznego programu zdrowotnego** – zawiera szczegółowe informacje dotyczące schorzenia, schematów leczenia, wymagań wobec świadczeniodawców, kryteriów włączenia i wyłączenia pacjenta do/z programu, monitorowania wyników

---

<sup>1)</sup> 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, Nr 171, poz. 1208 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305 i Nr 70, poz. 416.

leczenia i programu;

- 9) **osobdzień** – jednostka miary służąca do rozliczania świadczeń opisanych w Katalogu świadczeń;
- 10) **punkt** - jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opisanych w Katalogu świadczeń dodatkowych i Katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych;
- 11) **raport statystyczny** – informacja o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 12) **ryczałt miesięczny za diagnostykę** – świadczenie, w ramach którego finansowany jest uśredniony miesięczny koszt badań diagnostycznych związanych z terapeutycznym programem zdrowotnym, wykonywanych pacjentowi objętemu tym programem. Świadczenie to może być wykazywane nie częściej niż raz, w każdym miesiącu w trakcie leczenia pacjenta w ramach programu.
- 13) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** - całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta na oddział szpitalny 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** – całodzienne udzielanie świadczeń w trybie planowym, obejmujące proces diagnostyczny lub terapeutyczny; wykonywane na rzecz pacjenta z intencją wypisania go w tym samym dniu;
- 15) **świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym** – udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym, których celem jest przeprowadzenie u pacjenta określonego postępowania terapeutycznego;
- 16) **terapeutyczny program zdrowotny** – świadczenie realizowane w zakresie określonym w Wykazie terapeutycznych programów zdrowotnych, w trakcie którego podawane są substancje czynne zgodnie z wykazem terapeutycznych programów zdrowotnych, katalogiem substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych oraz opisami programów;
- 17) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, dla których w umowie określa się sposób i kwotę 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 terapeutyczne programy zdrowotne spełniających wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia, z którymi Fundusz zawiera umowę według wzoru określonego w **załączniku nr 2**.

#### **§ 4.**

1. Przedmiotem umowy jest realizacja finansowanych przez Fundusz świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresie terapeutyczne

programy zdrowotne, określonych:

- 1) w wykazie terapeutycznych programów zdrowotnych, zwanym dalej „wykazem programów”, stanowiącym załącznik nr 4 do zarządzenia;
- 2) w katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne - terapeutyczne programy zdrowotne, zwanym dalej „katalogiem świadczeń”, stanowiącym załącznik nr 1g do zarządzenia;
- 3) w katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych, zwanym dalej „katalogiem substancji”, stanowiącym załącznik nr 1h do zarządzenia;
- 4) w katalogu ryczałów miesięcznych za diagnostykę w terapeutycznych programach zdrowotnych, zwanym dalej „katalogiem ryczałów”, stanowiącym załącznik nr 1i do zarządzenia;
- 5) w opisach terapeutycznych programów zdrowotnych stanowiących załączniki od nr 5 do nr 29 do zarządzenia, zwanych dalej opisami programów;
- 6) w opisie kwalifikacji do programów leczenia hormonem wzrostu stanowiącego załącznik nr 30 do zarządzenia;
- 7) w opisie kwalifikacji i weryfikacji leczenia biologicznego w programie leczenia RZS i MIZS stanowiącego załącznik nr 31 do zarządzenia.

## § 5.

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.[1]) 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:

- 1) 85110000-3 usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85143000-3 usługi ambulatoryjne.

## Rozdział 3

### Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

## § 6.

1. Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w § 4 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, o której mowa w § 4, powinien spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia, a także 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 i Opieki Społecznej 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.) ;

---

<sup>1</sup>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).

- 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 213, poz. 1568, 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, z późn.zm.);
- 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. Wymagania, o których mowa w ust. 2, dotyczą wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń.

4. Jeśli w wyniku przeprowadzonego konkursu albo rokowań nie ma możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, zgodnie z planem zakupu świadczeń ustalonym 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 to 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.

#### **§ 7.**

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 określonych dla danego zakresu w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

### **Rozdział 4 Zasady udzielania świadczeń**

#### **§ 8.**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w **załączniku nr 3 do umowy**.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki wymagane od świadczeniodawców, określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie. Oddział Funduszu zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz 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.

### § 9.

1. Świadczeniodawca, realizując umowę, ma obowiązek:
  - 1) monitorowania stanu pacjenta uczestniczącego w programie zgodnie z opisami programów;
  - 2) wykonania wszystkich badań diagnostycznych, we wskazanych terminach wyszczególnionych w opisach programów;
  - 3) prowadzenia dokumentacji dodatkowej w trybie i formie określonych w opisach programów, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu;
  - 4) przekazywania do oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń danych, których zakres, formę i termin przekazania określa opis programu;
  - 5) przechowywania oryginałów przekazanych danych w dokumentacji medycznej pacjenta;
  - 6) przekazywania do oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o udzielanie tych świadczeń oryginału części A karty rejestracji pacjenta do udziału w terapeutycznym programie zdrowotnym, zwanej dalej „kartą”, stanowiącej **załącznik nr 32** do zarządzenia;
  - 7) przechowywania oryginałów części B karty w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Świadczeniodawca włącza świadczeniobiorcę do programu zgodnie z kryteriami określonymi w opisach programów.
3. Świadczeniodawca wyklucza świadczeniobiorcę z programu, w przypadku braku efektu leczenia, bądź w razie spełnienia przez świadczeniobiorcę, kryteriów wykluczenia wymienionych w opisach programów.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania każdej z substancji czynnych ujętych w katalogu substancji czynnych zgodnie ze schematem dawkowania określonym w opisach programów.
5. W ramach realizacji umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę, wymaganej warunkami niniejszego zarządzenia oraz określonej w odrębnych przepisach.
6. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
7. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
9. Zgodnie z zarządzeniem Nr 8/2008//DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w terapeutycznym programie zdrowotnym: „Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym”, w przypadku pacjentów, którzy ukończyli 18 roku życia, z rozpoznaniem serododatnim i seroujemnym reumatoidalnym zapaleniem stawów i koniecznością rozpoczęcia terapii lekami anty-TNF $\alpha$ , status technologii inicjującej, wśród leków anty-TNF $\alpha$ , uzyskała terapia infliksymabem. Wybór ten obowiązuje do końca 2008 r.

## § 10.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z **załącznikiem nr 2 do umowy**.
2. Wszelkie zmiany dotyczące personelu, o którym mowa w ust. 1, w okresie obowiązywania umowy wymagają akceptacji Funduszu.

## § 11.

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

## Rozdział 4

### Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

## § 12.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest:
  - 1) rachunek wraz z raportem statystycznym;
  - 2) sprawozdanie w formie załącznika sprawozdawczo - rozliczeniowego dla świadczeń z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych, 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 czynnych.
4. Informacje zawarte w raporcie statystycznym, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, muszą być zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 25 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadami określonymi przez Prezesa Funduszu.
5. W ramach raportu statystycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10 oraz procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych - ICD 9.

## § 13.

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych rozlicza miesięczne koszty badań diagnostycznych realizowanych w danym programie ryczałtem, określonym dla każdego programu w katalogu ryczałtów. Świadczenie to może być wykazywane nie częściej niż raz, w każdym miesiącu w trakcie leczenia pacjenta w ramach programu.

1. Zasady rozliczania terapeutycznych programów zdrowotnych określa umowa.
2. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.

## § 14.

1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.
2. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie, stanowiącej **załącznik nr 2** do zarządzenia.
3. Należność za świadczenia stanowi sumę iloczynów:
  - 1) liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń, katalogu ryczałtów i ceny punktu, i
  - 2) ilości podanych świadczeniobiorcom substancji czynnych, wartości punktowej jednostki miary substancji czynnych określonych w katalogu substancji i ceny punktu.
4. Rozliczeniu podlegają podane/wydane świadczeniobiorcy substancje czynne, w ilościach stanowiących ich wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji w wykazie programów.
5. Ilości podanych/wydanych świadczeniobiorcy substancji czynnych muszą wynikać ze schematu dawkowania (opis programu) dla odpowiedniego parametru: masy ciała, powierzchni ciała, dawki indywidualnej lub bezpośredniej.
6. Dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień (dotyczy trybu hospitalizacji).
7. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość substancji czynnej, która została podana/wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystane części postaci substancji czynnych nie podlegają rozliczeniu.
8. 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.
9. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

## § 15.

1. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez 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 Fundusz powziął zastrzeżenia.

## § 16.

1. Dopuszczalne jest, w przypadkach uzasadnionych medycznie, łączne rozliczenie substancji z katalogu substancji (**załącznik nr 1h** do zarządzenia) i świadczeń w ramach katalogu ryczałtów (**załącznik nr 1i** do zarządzenia) ze świadczeniami wykonywanymi w ramach:

- 1) katalogu grup (załącznik nr 1a);
- 2) katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b);
- 3) katalogu świadczeń do sumowania (załącznik nr 1c);
- 4) katalogu radioterapii (załącznik nr 1d)

- określonych na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz świadczeń w ramach:

- a) katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne - chemioterapia (załącznik nr 1e),
- b) katalogu substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów (załącznik nr 1f),
- c) katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne - chemioterapia (załącznik nr 1j)

- określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.

2. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń określonych w katalogu świadczeń (**załącznik nr 1g** do zarządzenia) ze świadczeniami wykonywanymi w ramach:

- 1) katalogu grup (załącznik nr 1a);
- 2) katalogu świadczeń odrębnych (załącznik nr 1b)

- określonych na podstawie zarządzenia, o którym mowa w ust. 1, a także w ramach katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia (załącznik 1e), określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia.

3. Niedopuszczalne jest łączenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów.

## § 17.

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

**Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia**

**Jacek Paszkiewicz**



## Załączniki:

- Załącznik nr 1g „Katalog Świadczeń i Zakresów - Leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne”,
- Załącznik nr 1h „Katalog substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych”,
- Załącznik nr 1i „Katalog ryczałów miesięcznych za diagnostykę w terapeutycznych programach zdrowotnych”,
- Załącznik nr 2 „Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne”,
- Załącznik nr 3 „Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu terapeutyczne programy zdrowotne”,
- Załącznik nr 4 „Wykaz terapeutycznych programów zdrowotnych”,
- Załącznik nr 5 opis programu leczenia raka piersi,
- Załącznik nr 6 opis programu leczenia raka jelita grubego,
- Załącznik nr 7 opis programu leczenia glejaków mózgu,
- Załącznik nr 8 opis programu leczenia przewlekłej białaczki szpikowej,
- Załącznik nr 9 opis programu leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego,
- Załącznik nr 10 opis programu leczenia chłoniaków złośliwych,
- Załącznik nr 11 opis programu leczenia nadpłytkowości samoistnej,
- Załącznik nr 12 opis programu leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego,
- Załącznik nr 13 opis programu leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci,
- Załącznik nr 14 opis programu leczenia dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy,
- Załącznik nr 15 opis programu leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym,
- Załącznik nr 16 opis programu leczenia stwardnienia rozsianego,
- Załącznik nr 17 opis programu leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym,
- Załącznik nr 18 opis programu leczenia niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych,
- Załącznik nr 19 opis programu leczenia choroby Gaucher'a,
- Załącznik nr 20 opis programu leczenia niskorosłych dzieci z somatropinową niedoczynnością przysadki (SNP),
- Załącznik nr 21 opis programu leczenia niskorosłych dzieci z ZT,
- Załącznik nr 22 opis programu leczenia niskorosłych dzieci z PNN,
- Załącznik nr 23 opis programu leczenia choroby Hurlera,
- Załącznik nr 24 opis programu leczenia przewlekłego WZW typu B lub C,
- Załącznik nr 25 opis programu leczenia przewlekłego WZW typu B w oporności na lamiwudynę ,
- Załącznik nr 26 opis programu leczenia dzieci z Zespołem Prader - Willi,
- Załącznik nr 27 opis programu leczenia choroby Leśniowskiego Crohna,
- Załącznik nr 28 opis programu leczenia opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytozowego),
- Załącznik nr 29 opis programu leczenia nadciśnienia płucnego,
- Załącznik nr 30 opis kwalifikacji do programów leczenia hormonem wzrostu,
- Załącznik nr 31 opis kwalifikacji kwalifikacja i weryfikacja leczenia biologicznego w programie leczenia RZS i MIZS,
- Załącznik nr 32 „Karta rejestracji pacjenta do udziału w terapeutycznym programie zdrowotnym”,