

Zarządzenie Nr 69/2009/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 3 listopada 2009 r.

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

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

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1.

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

§ 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **dietetyk** – osobę, o której mowa w załączniku nr 3 cz. II lit. a nr XVI ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143);
- 2) **elektroradiolog** – osobę, o której mowa w załączniku nr 4 lp. 1 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- 3) **fizjoterapeuta** - osobę, o której mowa w załączniku nr 3 cz. II lit. a nr XIX ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- 4) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374.

- 5) **logopeda** – osobę, o której mowa w załączniku nr 4 lp. 2 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- 6) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;
- 7) **obrażenia ciała** – obrażenia, z których każde stanowi wskazanie do leczenia szpitalnego i kwalifikuje do rozliczenia określoną grupą JGP;
- 8) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 9) **perfuzjonista** - osobę, o której mowa w załączniku nr 3 cz. II lit. a nr XXII ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- 10) **psycholog kliniczny** - osobę, o której mowa w załączniku nr 3 cz. II lit. a nr XIX ust. 2 lit. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- 11) **punkt transformowany (punkt TISS+)** - jednostka rozliczeniowa służąca do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiąca transformację punktu TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci;
- 12) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa 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);
- 13) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143);
- 14) **system jednorodnych grup pacjentów (JGP)** – kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. System obejmuje następujące elementy:
 - a) **charakterystyka JGP** – zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:
 - rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta zwanej dalej ICD-10,
 - procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych zwanej dalej ICD-9,
 - wiek pacjenta,

– czas pobytu,

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

c) **grupa JGP** – jedna z wielu kategorii hospitalizacji wyodrębniona zgodnie z zasadami systemu JGP, posiadająca kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami,

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;

15) **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR)** – świadczenie opieki zdrowotnej zakończone wypisem, udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; świadczenia w SOR obejmują również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców z innych rodzajów; świadczenia obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia;

16) **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć (IP)** – świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, nie zakończone hospitalizacją u świadczeniodawcy; świadczenia w IP mogą obejmować również świadczenia, które ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy wymagają niezwłocznego podjęcia czynności związanych z diagnostyką i leczeniem i nie mogą być zrealizowane w tym czasie przez świadczeniodawców z innych rodzajów; świadczenia obejmują w razie konieczności zapewnienie transportu w celu zachowania ciągłości leczenia;

17) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa 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).

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, oraz ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

Rozdział 2

Cel postępowania i przedmiot umowy

§ 3.

Celem postępowania jest wyłonienie wykonawców świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

§ 4.

1. Zakresy świadczeń, grupy świadczeń oraz świadczenia są określone w katalogu:
 - 1) grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia;
 - 2) świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 1b** do zarządzenia;
 - 3) świadczeń do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do zarządzenia;
 - 4) teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, stanowiącym **załącznik nr 1d** do zarządzenia.
2. Umowa o udzielanie świadczeń w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa zawierana jest odrębnie.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie albo w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej albo w ramach „leczenia jednego dnia”.
4. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w:
 - 1) ust. 1, pkt 1 – 3 stanowi **załącznik nr 2a** do zarządzenia;
 - 2) ust. 1, pkt 4 stanowi **załącznik nr 2b** do zarządzenia.
5. Wzór umowy jest dostosowywany i oznaczany odpowiednio do przedmiotu umowy, zgodnie z § 4 ust. 3.
6. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.
7. Umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3 zawierane są w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

§ 5.

Przedmiotem umów w rodzaju leczenie szpitalne jest realizacja w poszczególnych zakresach świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz.

§ 6.

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie

Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16 grudnia 2002, L 329 z dnia 17 grudnia 2003 r., L 6 z dnia 20 grudnia 2006 r. i L 74 z dnia 15 marca 2008 r.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przedmiot umów obejmuje w szczególności:

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

Rozdział 3

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 7.

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 4, musi spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.
2. Wymagania, o których mowa w ust. 1 muszą być spełnione we wszystkich miejscach udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

§ 8.

1. Świadczenia w szpitalnej izbie przyjęć (IP) oraz szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) stanowią odrębne zakresy świadczeń w przypadku, gdy świadczeniodawca w ramach IP zapewnia całodobowo dostęp do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia, natomiast w przypadku SOR wyodrębnioną całodobową opieką lekarską i pielęgniarską, niezależną od całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych.
2. Zakresy świadczeń w IP i SOR u tego samego świadczeniodawcy kontraktowane są alternatywnie.
3. W SOR świadczeniodawca zapewnia realizację czynności objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności czynności wymienionych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.

§ 9.

1. Fundusz zawiera umowy wyłącznie ze świadczeniodawcami posiadającymi oddziały szpitalne lub oddziały jednego dnia, których specjalności określone w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej przez część VIII kodu resortowego systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadają lub zawierają się w zakresach określonych

w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Kontraktowanie świadczeń w zakresach, o których mowa w ust. 1, odbywa się z uwzględnieniem podziału komórek organizacyjnych na specjalności zachowawcze i zabiegowe, na specjalności wykonujące usługi na rzecz dzieci i dorosłych oraz obowiązkiem spełnienia wszystkich wymaganych warunków zawierania umów oraz udzielania świadczeń określonych dla danego zakresu w rozporządzeniu i **załączniku nr 3** do zarządzenia.
3. W przypadku oddziałów szpitalnych specjalizujących się w realizacji świadczeń z więcej niż jednej dziedziny medycznej stanowiących przedmiot kontraktowania, określonych przez część X kodu resortowego, podstawowym zakresem kontraktowanym jest zakres zgodny ze specjalnością komórki organizacyjnej – część VIII kodu resortowego odzwierciedlającego rodzaj prowadzonej działalności, uwzględniającej w szczególności:
 - 1) choroby i problemy zdrowotne pacjentów,
 - 2) specjalność medyczną kierownika komórki organizacyjnej,
 - 3) rodzaj wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, dopuszcza się oprócz kontraktowania zakresu podstawowego, kontraktowanie kolejnego zakresu zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7.
5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3 – 4, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem podziału oddziałów szpitalnych na specjalności zachowawcze i zabiegowe, na specjalności wykonujące usługi na rzecz dzieci i dorosłych oraz obowiązkiem spełnienia w tym oddziale wszystkich wymaganych warunków określonych dla danego zakresu w rozporządzeniu i **załączniku nr 3** do zarządzenia.
6. Kontraktowanie neonatologii jako kolejnego zakresu może odbywać się wyłącznie w oddziałach szpitalnych związanych z opieką nad matką i dzieckiem oznaczonych następującymi resortowymi kodami identyfikacyjnymi: 4401, 4403, 4405, 4450, 4456, 4458.
7. Nie dopuszcza się kontraktowania jako kolejnego zakresu następujących zakresów: anestezjologia i intensywna terapia, anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci, anestezjologia i intensywna terapia – drugi poziom referencyjny, anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny, neonatologia - drugi poziom referencyjny, neonatologia - trzeci poziom referencyjny, położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny, położnictwo i ginekologia – trzeci poziom

referencyjny, hematologia, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci.

8. Kontraktowanie 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 województwa.
9. 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.
10. Rozliczanie świadczeń w ramach jednego, łącznego limitu, o którym mowa w ust. 9, jest możliwe wyłącznie od nowego okresu sprawozdawczego.

Rozdział 4

Zasady udzielania świadczeń

§ 10.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, 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.

§ 11.

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. Świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych mogą być realizowane wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych wpisanych do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej.
3. Medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne, o których mowa w ust. 2, obowiązane są do stosowania standardów jakości określonych w przepisach odrębnych.
4. Szczegółowe opisy niektórych świadczeń określa załącznik nr 12 do zarządzenia.
5. 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.
6. Każdorazowe udzielenie w ramach hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo „leczenia jednego dnia”, świadczenia, które kwalifikuje się do realizacji w trybie ambulatoryjnym, musi wynikać ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego jego realizację, który powinien zostać szczegółowo udokumentowany w indywidualnej dokumentacji medycznej.
7. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.
8. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji,/ hospitalizacji planowej lub „leczenia jednego dnia”, zobowiązany jest do zapewnienia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych a także świadczeń towarzyszących, o których mowa w art. 5 pkt 38 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. O ile jest to konieczne ze względu na zapewnienie prawidłowości postępowania medycznego, świadczeniodawca po zakończeniu leczenia szpitalnego powinien wystawić świadczeniobiorcy zlecenie na zaopatrzenie w świadczenia gwarantowane wymienione w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze

(Dz. U. Nr 139, poz. 1141), określone w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

10. Zlecenie, o którym mowa w ust. 9, musi być w zgodne z załącznikami nr 1, 4 i 5 do aktualnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi.
11. Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca.
12. 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.
13. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.
14. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
15. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego realizowania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
16. 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.

§ 12.

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

§ 13.

1. Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w Ogólnych warunkach umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie stanowiącej **załączniki nr 2a i 2b** do zarządzenia.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:
 - 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż trzech rozpoznań współistniejących, według ICD-10;
 - 2) istotnych procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.
3. Dane, o których mowa w ust. 2, muszą być zgodne 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 (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.);
 - 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.²⁾);
 - 3) określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
4. Spełnienie wymagań określonych w ust. 3 pkt 1 i 3 jest konieczne dla rozliczenia świadczeń.
5. 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.
6. Przy wskazywaniu grupy, o której mowa w ust. 5, świadczeniodawca używa grupera JGP zgodnego z charakterystyką JGP i algorytmem JGP w wersjach ustalonych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

²⁾ Zmiany wymienionej [ustawy](#) zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97.

7. 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.
8. Czynności, o których mowa w ust. 5 - 7, świadczeniodawca wykonuje przed złożeniem raportu statystycznego.
9. 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.
10. Szczegółowe informacje dotyczące zastosowania do rozliczenia charakterystyki JGP, algorytmu JGP, grupera JGP oraz wskazanie wersji ICD - 9 odpowiedniej dla danego okresu sprawozdawczego, są publikowane przez Prezesa Funduszu w postaci odrębnego komunikatu.

§ 14.

1. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w SOR lub w IP, zobowiązany jest do przekazywania 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.

§ 15.

Jednostką rozliczeniową świadczeń opieki zdrowotnej służącej do rozliczania umów o udzielanie świadczeń, o których mowa w § 1, jest punkt.

§ 16.

1. Kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację następujących grup z katalogu grup określonych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach:
 - 1) Neurochirurgia:
 - A03 - Wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu;
 - 2) Neurochirurgia:
 - a) Q31 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu,
 - b) Q32 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy,
 - c) Q33 - Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy;

3) Neurologia:

- a) A48 - Kompleksowe leczenie udarów krwotocznych mózgu > 7 dni w oddziale udarowym,
- b) A 51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym,
- c) A 52 - Kompleksowe leczenie udarów niedokrwienych mózgu > 7 dni w oddziale udarowym;

4) Otolaryngologia:

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

5) Chirurgia klatki piersiowej:

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

6) Kardiologia:

- a) 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) Kardiologia:

- a) E23 Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES ,
- b) E24 Angioplastyka z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa,
- c) E25 Angioplastyka z zastosowaniem jednego stentu i inne zabiegi,
- d) E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa;

8) Ortopedia i traumatologia narządu ruchu:

- a) H01 - Endoprotezoplastyka pierwotna łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo - goleniowego, częściowa kolana,
- b) H02 - Endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego,
- c) H04 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra,
- d) H05 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra,
- e) H06 - Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra lub kolana z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego,
- f) H07 - Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa,

- g) H08 - Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita,
- h) H09 - Zabiegi operacyjne - rewizyjne z powodu aseptycznego obluzowania lub 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;

9) Położnictwo i ginekologia:

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

10) 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;

11) Chirurgia naczyniowa:

Q01 - Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty;

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,

13) Okulistyka:

- a) B04 Przeszczep rogówki - kategoria I,

- b) B05 Przeszczep rogówki - kategoria II,
 - c) B06 Przeszczep rogówki - kategoria III;
- 14) Chirurgia dziecięca:
- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
 - b) L95 Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r. ż.,
 - c) L96 Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r. ż.,
 - d) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 15) Chirurgia ogólna:
- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
 - b) L93 Przeszczepienie nerki - kategoria I,
 - c) L94 Przeszczepienie nerki - kategoria II,
 - d) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 16) Transplantologia kliniczna:
- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
 - b) L93 Przeszczepienie nerki - kategoria I,
 - c) L94 Przeszczepienie nerki - kategoria II,
 - d) L95 Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r. ż.,
 - e) L96 Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r. ż.,
 - f) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;
- 17) Transplantologia kliniczna:
- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
 - b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
 - c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;
- 18) Hematologia:
- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
 - b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,
 - c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego;
- 19) Onkologia i hematologia dziecięca:
- a) S21 Przeszczepienie autologicznych komórek krwiotwórczych,
 - b) S22 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od rodzeństwa identycznego w HLA,

c) S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego.

2. 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 - Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni,
- d) N09 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni,
- e) N11 - Ciężka patologia ciąży z porodem - diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe > 10 dni z pw,
- f) N20 - Noworodek wymagający normalnej opieki;

3) Neonatologia:

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

4) Okulistyka:

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

5) Chirurgia dziecięca:

- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
- b) L95 Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r. ż.,
- c) L96 Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r. ż.,
- d) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

6) Chirurgia ogólna:

- a) G30 Przeszczepienie trzustki,

- b) L93 Przeszczepienie nerki - kategoria I,
- c) L94 Przeszczepienie nerki - kategoria II,
- d) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

7) Transplantologia kliniczna:

- a) G30 Przeszczepienie trzustki,
- b) L93 Przeszczepienie nerki - kategoria I,
- c) L94 Przeszczepienie nerki - kategoria II,
- d) L95 Przeszczepienie nerki - kategoria I < 18 r. ż.,
- e) L96 Przeszczepienie nerki - kategoria II < 18 r. ż.,
- f) L97 Przeszczepienie nerki i trzustki;

8) Transplantologia kliniczna:

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

9) Hematologia:

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

10) Onkologia i hematologia dziecięca:

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

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

§ 17.

1. Finansowanie świadczeń udzielanych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS - 28 albo TISS – 28 dla dzieci określoną w **załączniku nr 4a** do zarządzenia.
2. W prowadzonej w OAiIT dokumentacji medycznej, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci, której wzór stanowi **załącznik nr 4b** do zarządzenia. Wypełnione karty w formie papierowej, dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale, 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 wyjątkiem świadczeń, dla których w tych katalogach określono inaczej, 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 co najmniej 16 punktów w skali TISS - 28 dla dzieci.
6. W katalogu grup stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia grupy o charakterze zabiegowym zostały oznaczone symbolem „*”.
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.
8. Dzień przyjęcia do leczenia w OAiIT oraz dzień jego zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień z możliwością rozliczenia osobodnia, w którym pacjent osiągnął wyższą punktację w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci z zastrzeżeniem ust. 9. Zasada ta nie ma zastosowania w przypadku, o którym mowa w ust. 7.
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.
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 z dokładnością do

dwóch miejsc po przecinku:

dla $16 \leq x \leq 50$

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

dla $x > 50$

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

gdzie:

$f(x)$ – transformacja

x^+ - liczba punktów w nowej skali TISS+

x – liczba punktów w skali TISS-28

W – współczynnik uzależniony od poziomu referencyjnego OAiT ($W=1,0$ dla I poziomu;

$W=1,12$ dla II poziomu oraz OAiT dla dzieci).

11. W przypadku pacjentów leczonych w OAiT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** albo świadczenia z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się 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.
12. W przypadku świadczeniobiorców leczonych wyłącznie w OAiT, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się poprzez świadczenie nr 5.52.01.0001467 – Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia oraz ewentualnie łącznego rozliczenia innych świadczeń dopuszczonych do sumowania w OAiT z katalogu świadczeń do sumowania stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia. Niezależnie od powyższego do rozliczenia należy wykazywać odrębnie dla każdego dnia pobytu świadczenia związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS – 28 lub TISS – 28 dla dzieci z katalogu świadczeń do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia.

§ 18.

1. Kalkulacji ceny jednostki rozliczeniowej w 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

ryczałtu dobowego (R), którego wysokość stanowi sumę dwóch składowych według wzoru:

$$R = R_s + R_f$$

gdzie:

R – stawka ryczałtu dobowego,

R_s – składowa ryczałtu za strukturę,

R_f – składowa ryczałtu za funkcję

- Ryczałt za strukturę oblicza się poprzez iloczyn dobowej wartości stawki bazowej dla IP albo SOR, określonej przez dyrektora Oddziału Funduszu, przez wskaźnik (%) spełnionego standardu warunków technicznych, organizacyjnych i kadrowych, określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia.
- Suma punktów przyjętych do określenia składowej za funkcję, na podstawie danych z poprzedniego okresu rozliczeniowego, jest iloczynem średniej dobowej liczby pacjentów zaopatrzonych w IP albo SOR oraz średniej wagi punktowej wykonanych czynności, określonych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, nie wyższych jednak, niż wielkości określone w charakterystyce pacjenta (kolumna nr 4), wyrażone w wartościach pieniężnych (przyjmuje się wartość: 1 punkt = 30 zł):

Charakterystyka pacjenta

Kategoria	Czynności w SOR/ IP	Suma wag czynności	Waga kategorii
1.	2.	3.	4.
I	podstawowa diagnostyka, porada lekarska	1 - 2	1
II	konsultacja, rozszerzona diagnostyka	3 - 4	3
III	obserwacja i zaopatrzenie w SOR/ IP, rozszerzona diagnostyka	5 - 6	5
IV	zagrożenie życia, resuscytacja, rozszerzona diagnostyka	7 - 9	8
V	uzyskanie > 9 pkt lub leczenie w SOR co najmniej jedną dobę	> 9	10

Wartość składowej ryczałtu za funkcję określa się wg następującego wzoru:

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

gdzie:

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

L_d – liczba dni w okresie przyjętym do kalkulacji

P_i – liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii w charakterystyce,

W_i – waga odpowiedniej kategorii w charakterystyce.

5. Przez dane z poprzedniego okresu rozliczeniowego, o których mowa w ust. 4 rozumie się dane sprawozdawcze zrealizowanych w SOR albo IP świadczeń pomocy doraźnej.
6. Dla nowych świadczeniodawców składowa ryczałtu za funkcję ustalana jest na podstawie przewidywanego obciążenia.

§ 19.

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. Finansowania, o którym mowa w ust. 1 nie stosuje się dla świadczeń realizowanych w ramach umów hospitalizacja planowa i „leczenie jednego dnia”.
3. Z finansowania ponad limit ustalony dla grupy, wyłączone zostały 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.
4. Dla hospitalizacji, w których z zasad postępowania medycznego w odniesieniu do charakterystyki wynika, że czas hospitalizacji powinien przekraczać jeden dzień, w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, określono wartości punktowe odpowiednio, w przypadku, gdy czas hospitalizacji wyniesie jeden dzień.
5. Zasady rozliczania, o których mowa w ust. 4, nie mają zastosowania dla hospitalizacji zakończonych zgonem.
6. Limit czasu hospitalizacji objęty ryczałtem grupy, wartości punktowe dla hospitalizacji o czasie trwania jeden dzień oraz wartości osobodnia ponad limit ustalony dla grupy, zostały określone w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, o ile wartości punktowe hospitalizacji o czasie trwania jeden dzień lub finansowanie osobodniami ponad limit ustalony dla grupy dotyczy danej grupy.

§ 20.

1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem obrażeń, konieczne jest wskazanie w raporcie

statystycznym wszystkich rozpoznań według ICD – 10, z których rozpoznanie współistniejące odpowiada obrażeniu 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 wskazujących na charakter obrażeń:
 - 1) co najmniej cztery lub więcej obrażeń - 1,85,
 - 2) co najmniej trzy obrażenia - 1,78,
 - 3) co najmniej dwa obrażenia - 1,54.
3. Niezależnie od wskazania do rozliczenia grupy o najwyższej wartości punktowej, skorygowanej odpowiednim wskaźnikiem, o której mowa w ust. 2, dopuszcza się wykazanie do rozliczenia świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia, w tym świadczeń udzielanych w OAiT.

§ 21.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia z grup: S40 – S43 zobowiązani są do stosowania skali ciężkości zatruc (PSS - poisoning severity score) – stanowiącej **załącznik nr 8** do zarządzenia.

§ 22.

1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia:
 - 1) którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i co najmniej trzykrotnie wartość punktową grupy określonej dla typu umowy hospitalizacja, albo świadczenia właściwego ze względu na rozliczenie, łącznie z:
 - dodatkowymi osobodniami ponad ryczałt finansowany grupą,
 - świadczeniami rozliczanymi według skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci,
 - świadczeniami do sumowaniao ile znalazły zastosowanie w danym przypadku, albo
 - 2) które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym, albo

3) które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki:

- a) w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
- b) inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
- c) jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- d) nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
- e) nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
- f) kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie

– rozliczenie świadczenia może odbywać się poprzez produkt rozliczeniowy: 5.52.01.0001363 - *Rozliczenie za zgodą płatnika*, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na sposób jego rozliczenia.

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

- 1) finansowanie świadczeń odbywa się w ramach kwot określonych w planie finansowym Oddziału Funduszu na dany rodzaj świadczeń, w ramach łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w podpisanej umowie;
- 2) świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, finansowane jest na poziomie 60% właściwej grupy z innej sekcji oraz innego zakresu;
- 3) w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, świadczeniodawca występuje z kompletnym wnioskiem, którego wzór stanowi **załącznik nr 6a** do zarządzenia do Oddziału Funduszu, w terminie do 7 dni od zakończenia jego realizacji, celem uzyskania zgody Oddziału Funduszu na sfinansowanie procesu terapeutycznego w sposób wskazany we wniosku;
- 4) w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeniodawca występuje z kompletnym wnioskiem, którego wzór stanowi **załącznik nr 6b** do zarządzenia do Oddziału Funduszu w terminie do 7 dni od zakończenia jego realizacji, celem uzyskania zgody Oddziału Funduszu na sfinansowanie procesu terapeutycznego wskazanego we wniosku.

3. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 1 może mieć zastosowanie wyłącznie do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu.

4. Nie dopuszcza się stosowania rozliczenia, o którym mowa w ust. 1 do rozliczania:

- 1) kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r.

- Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.³⁾);
- 2) substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów;
 - 3) świadczeń, w przypadkach, w których cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
 - 4) jednorazowo więcej niż jednej hospitalizacji.
5. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:
- 1) świadczeniodawca w przypadkach i terminach, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4, składa do właściwego terytorialnie oddziału Funduszu, wniosek o rozliczenie świadczenia wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia;
 - 2) szczegółowa specyfikacja kosztowa nie jest wymagana w przypadku o którym mowa w ust. 1 pkt 3;
 - 3) zgodę na sposób rozliczenia świadczenia, o którym mowa w ust. 1, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów;
 - 4) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest zobowiązany do jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody na sposób rozliczenia;
 - 5) każdorazowe wydanie zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 1 – 3, powinno być poprzedzone dokonaniem oceny, czy rozliczenie, o które występuje świadczeniodawca nie ograniczy dostępności do świadczeń w zakresie, którego przedmiotowa zgoda dotyczy;
 - 6) stanowisko dyrektora Oddziału Funduszu w sprawie wyrażenia zgody na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania jest ostateczne;
 - 7) rozliczenie będące przedmiotem wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu musi być wykazane do rozliczenia w najbliższym okresie sprawozdawczym;
 - 8) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji taki sam jak dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne;
 - 9) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów dotyczących wydawanych zgód, w tym dokumentów na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;
 - 10) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację z tym

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej [ustawy](#) zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206 i Nr 92, poz. 753.

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 5.

§ 23.

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 – 5;
- 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 i substancji czynnych, wyłącznie w przypadkach gdy terapia adiuwantowa jest prowadzona bezpośrednio po rozpoznaniu nowotworu podczas tej samej hospitalizacji;
- 4) możliwość łącznego rozliczania świadczeń, w przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określa § 17;
- 5) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia albo świadczeń z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia albo świadczeń z katalogu radioterapii stanowiącego **załącznik nr 1d** do zarządzenia, ze świadczeniami w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zawartymi w katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, o ile w katalogu grup stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia nie określono inaczej, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych, z zastrzeżeniem pkt 6;
- 6) łączne rozliczenie świadczenia nr 5.10.00.0000052 – hemodializoterapia z katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie z grupami lub świadczeniami z katalogów stanowiących **załączniki nr 1a – 1d** do zarządzenia, dopuszczalne jest wyłącznie w przypadku, gdy leczenie

- nerkozastępcze nie stanowi elementu kompleksowego procesu diagnostyczno – leczniczego związanego z przyczyną przyjęcia do leczenia szpitalnego;
- 7) w przypadkach, o których mowa w pkt 3 i 5, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
 - 8) niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń z innymi rodzajami z wyjątkiem rodzaju, o którym mowa w pkt. 5;
 - 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 określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem pkt 11;
 - 11) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 10 nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego;
 - 12) 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;
 - 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.

§ 24.

Z dniem 31 grudnia 2009 r. traci moc zarządzenie 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, zmienionego zarządzeniem Nr 8/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, zarządzeniem Nr 9/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2009 r.

zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zarządzeniem Nr 14/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz zarządzeniem Nr 19/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 marca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne i zarządzeniem 28/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

§ 26.

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2010 rok.

§ 27.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz