

Projekt

z dnia 4 grudnia 2025 r.

Zatwierdzony przez

**ZARZĄDZENIE NR
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 2025 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne**

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
 - w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **cały proces leczenia metodą brachyterapii** – świadczenie obejmujące wszystkie składowe części procesu, takie jak:
 - a) kwalifikację,
 - b) każdorazowe wykonanie indywidualnego planu leczenia z określeniem:
 - całkowitej dawki promieniowania w Gy,
 - podziału tej dawki na poszczególne frakcje,
 - przerw między frakcjami,
 - c) założenie i weryfikację położenia aplikatorów,
 - d) aplikację wszystkich planowanych frakcji promieniowania i dawki całkowitej zgodnie z planem leczenia określonym w lit. b (obejmuje również znieczulenie pacjenta),
 - e) usunięcie aplikatorów;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **kompleksowa realizacja świadczeń onkologicznych** – zapewnienie możliwości udzielania świadczeń zabiegowych, chemioterapii oraz radioterapii onkologicznej, medycyny nuklearnej – w przypadku nowotworów leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej, odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia lub ambulatoryjnym;
- 4) **karta DiLO** – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej";
- 5) **karta e-KOK** – elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779), zwanej dalej "ustawą o Krajowej Sieci Kardiologicznej";

- 6) **koordynator opieki kardiologicznej** – osoba, o której mowa w art. 6 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej;
- 7) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży** – zakres świadczeń (KOC I, KOC II/III) w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka dla kobiet w ciąży, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację; ponadto określenie to oznacza realizację świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) **obrażenia ciała** – obrażenia, z których każde stanowi wskazanie do leczenia szpitalnego i kwalifikuje do rozliczenia określoną grupą JGP;
- 9) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 10) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą o świadczeniach";
- 11) **opieka kardiologiczna** – proces diagnostyki kardiologicznej lub leczenia kardiologicznego, obserwacji po leczeniu lub opieki długoterminowej, a także, w przypadku wystąpienia takiej potrzeby, rehabilitacji kardiologicznej, realizowany w ramach zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom poniżej 18. roku życia, o której mowa w art. 2 pkt 12 ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej;
- 12) **podwykonawca** – podmiot, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 13) **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;
- 14) **rejestr** – rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972), zwanej dalej "ustawą o działalności leczniczej";
- 15) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 16) **rozporządzenie ambulatoryjne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 17) **rozporządzenie szpitalne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 18) **rozporządzenie wysokospecjalistyczne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 19) **rozporządzenie w sprawie karty DiLO** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydane na podstawie art. 40 ust. 5 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej;
- 20) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 21) **rozporządzenie o standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej;
- 22) **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** – określony w **załączniku nr 9** do zarządzenia 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;

23) **współczynnik korygujący** – współczynnik ustalany przez Prezesa Funduszu, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;

24) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;

25) **skojarzony zakres świadczeń** – zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie świadczeń w leczeniu szpitalnym, w ramach którego udzielane są określone świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w ustawie o świadczeniach, w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu wysokospecjalistycznym oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2.

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.¹⁾), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

3. Świadczenia w rodzaju: leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne są kontraktowane odrębnie.

Rozdział 3. **Szczegółowe warunki umowy**

§ 4. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, zwanej dalej "umową", jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia.

2. Umowa w rodzaju leczenie szpitalne zawierana jest w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie świadczeń, w ramach hospitalizacji albo w ramach hospitalizacji planowej, albo w ramach "leczenia jednego dnia". **Tryby realizacji umowy, o których mowa w zdaniu pierwszym kontraktuje się alternatywnie na terenie województwa.**

3. W przypadku konieczności właściwego zabezpieczenia do świadczeń, kierując się mapami potrzeb zdrowotnych oraz analizą zapotrzebowania na świadczenia objęte przedmiotem umowy, dopuszcza się możliwość odstąpienia od przepisu ust. 2 w odniesieniu do podmiotu powstałego w wyniku połączenia (konsolidacji).

4. Umowa w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach świadczeń: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, zawierana jest odrębnie dla każdego zakresu świadczeń.

5. Umowa w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zawierana jest odrębnie dla każdego zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej, w odniesieniu do jednego świadczeniodawcy w danym zakresie świadczeń, w ramach hospitalizacji.

6. Wzór umowy, o której mowa w:

- 1) ust. 2, stanowi **załącznik nr 2a** do zarządzenia;
- 2) ust. 4, stanowi **załącznik nr 2b** do zarządzenia;
- 3) ust. 5, stanowi **załącznik nr 2c** do zarządzenia.

7. Odstępstwa od określonych w **załącznikach nr 2a-2c** do zarządzenia wzorów umów wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

8. Produkty jednostkowe dedykowane do rozliczania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń są określone w:

¹⁾ 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), rozporządzeniem Komisji (WE) nr 213/2008 z dnia 28 listopada 2007 r. zmieniającym rozporządzenie (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) oraz dyrektywy 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące procedur udzielania zamówień publicznych w zakresie zmiany CPV (Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 74 z 15.3.2008, str. 1-375) oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 596/2009 z dnia 18 czerwca 2009 r. dostosowującym do decyzji Rady 1999/468/WE niektóre akty podlegające procedurze, o której mowa w art. 251 Traktatu, w zakresie procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Dostosowanie do procedury regulacyjnej połączonej z kontrolą – Część czwarta (Dz. U. L 188 z 18.7.2009, str. 14-92) oraz rozporządzeniem Komisji (UE) 2022/943 z dnia 17 czerwca 2022 r. w sprawie sprostowania niektórych wersji językowych załącznika I do rozporządzenia (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) ((Tekst mający znaczenie dla EOG) (Dz. U. L 164/6 z 20.6.2022 str.6-6).

- 1) katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia;
- 2) katalogu produktów odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 1b** do zarządzenia;
- 3) katalogu produktów do sumowania, stanowiącym **załącznik nr 1c** do zarządzenia;
- 4) katalogu radioterapii, stanowiącym **załącznik nr 1d** do zarządzenia;
- 5) katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiącym **załącznik nr 1ts** do zarządzenia;
- 6) katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej, stanowiącym **załącznik nr 1w** do zarządzenia.
- 7) katalogu produktów operacji wad serca i aorty piersiowej w leczeniu szpitalnym, stanowiącym **załącznik nr 1ows** do zarządzenia.

9. Produkty katalogowe dla świadczeń określonych w **załączniku nr 3a** lub **załączniku 3b** do zarządzenia, dla których w przepisach rozporządzenia szpitalnego określono dodatkowe warunki ich realizacji, mogą zostać udostępnione przez dyrektora oddziału Funduszu w ramach pakietu produktów rozliczeniowych do umów w rodzaju leczenie szpitalne, w wyniku prowadzonego postępowania, wyłącznie w przypadku spełnienia przez świadczeniodawcę dodatkowych warunków realizacji tych świadczeń.

10. Szczegółowy opis przedmiotu umowy, o której mowa w ust. 6 pkt 1, w odniesieniu do niektórych świadczeń, określony jest w **załączniku nr 10** do zarządzenia.

§ 5. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu szpitalnym lub w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym. Warunki dodatkowo oceniane (rankujące) określone są w rozporządzeniu kryterialnym.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

§ 6. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w "Wykazie podwykonawców", którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania świadczeń jedynie w części zakresu będącego przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 5.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

6. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

§ 7. 1. Umowa, o której mowa w § 4 ust. 6:

- 1) pkt 1 i 2, zawierana jest ze świadczeniodawcą będącym podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru, posiadającym oddziały szpitalne o profilu zgodnym z zakresem świadczeń będącym przedmiotem kontraktowania, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych odpowiadających lub zawierających się w zakresach, określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia;
- 2) pkt 3, zawierana jest ze świadczeniodawcą będącym podmiotem leczniczym wpisanym do rejestru, posiadającym oddziały szpitalne o profilu odpowiednim do zakresu świadczeń będącego przedmiotem

kontraktowania, których kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu podmiotu leczniczego, są określone w rejestrze, w części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

2. W przypadku oddziałów szpitalnych specjalizujących się w realizacji świadczeń z więcej niż jednej dziedziny medycyny, stanowiących przedmiot kontraktowania, podstawowy zakres będący przedmiotem kontraktowania stanowi zakres zgodny ze specjalnością komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, scharakteryzowanej kodem stanowiącym część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, dopuszcza się, oprócz kontraktowania zakresu podstawowego, kontraktowanie kolejnego zakresu świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu, z zastrzeżeniem ust. 4-8.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 i 3, kontraktowanie każdego zakresu świadczeń przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem podziału oddziałów szpitalnych na specjalności zachowawcze i zabiegowe, na specjalności wykonujące świadczenia na rzecz dzieci i dorosłych oraz obowiązku spełnienia w tym oddziale wszystkich wymaganych warunków określonych dla danego zakresu w przepisach rozporządzenia szpitalnego i w przepisach odrębnych.

5. Kontraktowanie świadczeń neonatologicznych - jako kolejnego zakresu - może odbywać się wyłącznie w oddziałach szpitalnych związanych z opieką nad matką i dzieckiem, oznaczonych odpowiednio następującymi resortowymi kodami identyfikacyjnymi: 4401, 4403, 4450, 4456, 4458.

6. Nie dopuszcza się kontraktowania jako kolejnego zakresu świadczeń, następujących zakresów:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia;
- 2) anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci;
- 3) anestezjologia i intensywna terapia – drugi poziom referencyjny;
- 4) anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny;
- 5) neonatologia – drugi poziom referencyjny;
- 6) neonatologia – trzeci poziom referencyjny;
- 7) położnictwo i ginekologia – drugi poziom referencyjny;
- 8) położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny;
- 9) hematologia, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci;
- 10) chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny.

7. Zakresy świadczeń na poszczególnych poziomach referencyjnych kontraktowane są alternatywnie.

8. Nie dopuszcza się kontraktowania zakresów świadczeń w oddziałach szpitalnych oznaczonych odpowiednio resortowymi kodami identyfikacyjnymi: 4106, 4222.

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 poczynwszy od nowego okresu sprawozdawczego.

§ 8.1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605 i z 2025 r. poz. 779).

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do udostępniania, na żądanie Funduszu, rejestru zakażeń zakładowych.

3. Przy udzielaniu świadczeń świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 4 **załącznika nr 2a–2c** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy, o której mowa § 4 ust. 6.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem dotychczasowej umowy, zachowuje swoją ważność.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, o której mowa w § 4 ust. 6, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z "Harmonogramem – zasoby", stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umów, o których mowa w § 4, określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w "Planie rzeczowo – finansowym", którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych (**w odniesieniu do sprawozdawanego epizodu**):

- 1) rozpoznania zasadniczego i nie więcej niż pięciu rozpoznań współlistniejących – według ICD-10, z zastrzeżeniem, że sprawozdane winno być rozpoznanie zasadnicze (zgodnie z chorobą zasadniczą), poprzez przypisanie jednoznacznej jednostki chorobowej;
- 2) kodu ORPHA w przypadku rozpoznania choroby rzadkiej;
- 3) istotnych **dla procesu diagnostyczno – terapeutycznego** procedur medycznych łącznie z datą ich wykonania – według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9;
- 4) procedury medycznej: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową lub laparoskopową w sytuacji realizacji świadczenia zabiegowego (zabieg diagnostyczny lub leczniczy) z wykorzystaniem endoskopu lub laparoskopu;
- 5) procedury medycznej: 00.98 Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego w sytuacji realizacji świadczenia zabiegowego z wykorzystaniem robota.

4. Dane, o których mowa w ust. 3, winny być zgodne z danymi:

- 1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydanym na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581);
- 2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 773);
- 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. z 2024 r. poz. 1799).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, jest konieczne dla rozliczania świadczeń.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:

- 1) w przypadku świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia, według zasad określonych przez charakterystykę JGP i algorytm JGP lub produktów jednostkowych z katalogów, stanowiących **załączniki nr 1b-1d i 1ts** do zarządzenia; w przypadku świadczeń z obszaru operacji wad serca i aorty piersiowej w leczeniu szpitalnym - zakresu świadczeń adekwatnego do łącznej sumy osobodni pobytu pacjenta związanego ze świadczeniem z **załącznika nr 1ows** niezależnie od oddziału hospitalizującego, w tym innego niż miejsce udzielania świadczeń z tych zakresów, wynikającego z umowy, oraz produktu rozliczeniowego określonego w **załączniku nr 1ows** do zarządzenia;
- 2) w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych - zakresu świadczeń, adekwatnego do łącznej sumy osobodni pobytu pacjenta związanego z procedurą wysokospecjalistyczną niezależnie od oddziału hospitalizującego, w tym innego niż miejsce udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych, wynikającego z umowy, oraz produktu rozliczeniowego określonego w **załączniku nr 1w** do zarządzenia.

7. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub produktom z odpowiednich katalogów stanowiących **załączniki 1a-1d, 1ts, 1w i 1ows** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

8. Informacje dotyczące algorytmu JGP oraz obowiązującej w danym okresie sprawozdawczym wersji ICD-9 ogłaszane są przez Prezesa Funduszu na stronie podmiotowej Funduszu.

§ 11. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 4, jest punkt.

§ 12. 1. Kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów świadczeń, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację świadczeń finansowanych w ramach skojarzonych zakresów świadczeń, określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia, w kolumnach 9 – 10, dla produktów rozliczeniowych określonych w kolumnie 13 i produktów jednostkowych dedykowanych do sumowania z właściwymi produktami rozliczeniowymi wskazanymi w tych zakresach, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia.

2. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń udzielanych na podstawie karty DiLO, w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa w art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach, kwoty zobowiązania określone w umowie, o której mowa w § 4 ust. 6 pkt 1 i 2, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację świadczeń w ramach pakietu onkologicznego w zakresach określonych w **załączniku nr 3b** do zarządzenia. Kwoty zobowiązania obejmują również świadczenia finansowane w ramach produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z właściwymi grupami wymienionymi w tych zakresach, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia.

3. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego, o których mowa w ust. 2, lub skojarzonych zakresów świadczeń, określonych w **załączniku nr 3** do zarządzenia w kolumnie 12 przekroczy kwotę zobowiązania oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 1, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania - 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, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. W przypadku realizacji świadczenia na podstawie karty DiLO, dla którego w **załączniku nr 3b** do zarządzenia, w grupie właściwej ze względu na rozliczenie wyodrębniono procedurę medyczną według ICD-9, do rozliczenia grupą w sposób określony w ust. 2, kwalifikuje się wyłącznie wskazana procedura.

5. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia ponad kwotę zobowiązania w tym kwartale.

6. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń wyspecjalizowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach, jeżeli wartość wykonanych świadczeń przekroczy kwotę zobowiązania oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 1, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania - 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.

Rozdział 4. **Zasady rozliczania świadczeń**

§ 13. 1. W przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na pierwszym lub drugim, lub trzecim poziomie opieki perinatalnej (KOC I, KOC II/III), umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta ze świadczeniodawcą w zakresie:

- 1) położnictwo i ginekologia - na poszczególnych poziomach referencyjnych ulega stosownej modyfikacji, poprzez wyłączenie z realizacji umowy świadczeń o profilu położniczym grup: N01, N02, N03, N06, N07C, N07D, N09, N11, N12, N13, N20 i produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z powyższymi JGP, określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia;
- 2) neonatologia – pierwszy lub drugi lub trzeci poziom referencyjny ulega rozwiązaniu.

2. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwo i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy zakresem świadczeń KOC I lub KOC II/III, z wykorzystaniem systemu informatycznego udostępnianego przez Fundusz.

3. W przypadku udzielania świadczeń związanych z porodem, ciążą i położeniem, w której hospitalizacja kobiety w ciąży oraz poród nastąpił przed dniem rozpoczęcia przez świadczeniodawcę realizacji umowy w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC I lub KOC II/III), zaś zakończenie tej hospitalizacji nastąpiło w trakcie realizacji umowy w zakresie KOC I lub KOC II/III, rozliczenie tych świadczeń następuje zgodnie z zasadami określonymi w § 24.

4. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), finansowanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, nie dopuszcza się dodatkowego rozliczania świadczeń udzielonych pacjentowi włączonemu do KOS-zawał związanych z diagnostyką inwazyjną i leczeniem inwazyjnym lub zachowawczym zawału serca oraz implantacją właściwego systemu ICD lub CRT-D, będących przedmiotem umowy w zakresie kardiologia - finansowanych w ramach grup: E10, E11, E12G, E15, E16, E17G, E23G, E24G, E26, E29, E34, E34G, E36, a także świadczeń związanych z pomostowaniem aortalno-wieńcowym udzielanych na podstawie umowy zawartej w zakresie kardiokirurgia - finansowanych w ramach grup: E04, E05G, E06G.

§ 14. 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. Do rozliczania świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, zwanym dalej "OAIIT", wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci, której wzór stanowi **załącznik nr 4b** do zarządzenia. Świadczeniodawca zobowiązany jest dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale, sprawozdać w raporcie statystycznym szczegółowe czynności wykonywane w opiece nad pacjentem, poprzez produkty statystyczne, określone w **załączniku nr 4a** do zarządzenia. Dokumentację związaną z codzienną oceną stanu pacjenta dołącza się do historii choroby.

3. Ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci, przeprowadzana jest codziennie.

4. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się w ramach produktów z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielonych w OAIIT, stanowiącym **załącznik nr 1ts** do zarządzenia, 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.

5. Do odrębnego rozliczenia świadczeń 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. 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.

7. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia w OAiIT, u których podczas hospitalizacji wykonywane były świadczenia finansowane w ramach grup z katalogu grup, stanowiącego **załącznik nr 1a** do zarządzenia albo produktów z katalogu produktów odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się przez produkty z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** 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.

8. W odniesieniu do świadczeniobiorców, którym udzielane są świadczenia wyłącznie w OAiIT albo objętych koordynowaną opieką dla kobiet w ciąży na drugim lub trzecim poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), albo objętych kompleksową opieką po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), albo objętych kompleksową opieką onkologiczną, rozliczanie świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii odbywa się odpowiednio przez produkt: 5.52.01.0001467 - Hospitalizacja wyłącznie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii albo produkt: 5.52.01.0001506 - Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, albo produkt: 5.52.01.0001527 - Hospitalizacja świadczeniobiorcy KOS – zawał w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, albo produkt: 5.52.01.0001537 - Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, albo produkt: 5.52.01.0001529 - Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego oraz operacji wad serca i aorty piersiowej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z katalogu produktów odrębnych, stanowiącego **załącznik nr 1b** do zarządzenia oraz ewentualnie łącznego rozliczenia innych produktów dopuszczonych do sumowania w OAiIT z katalogu produktów do sumowania, stanowiącego **załącznik nr 1c** do zarządzenia. Niezależnie od powyższego, do rozliczenia wykazuje się odrębnie dla każdego dnia pobytu produkty związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.

9. Rozliczanie świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w każdym okresie sprawozdawczym następuje przez produkt o kodzie: 5.52.01.0001512 - Rozliczenie świadczeń w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii po okresie sprawozdawczym. Niezależnie od powyższego, do rozliczenia wykazuje się odrębnie dla każdego dnia pobytu produkty związane z oceną stanu pacjenta w skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, stanowiącego **załącznik nr 1ts** do zarządzenia.

10. W przypadku udzielania świadczeń w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 6a–6h** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.

§ 15. 1. Fundusz finansuje dodatkowo, z zastosowaniem osobodnia, wynikające z zasad postępowania medycznego, w tym leczenia powikłań i rehabilitacji, hospitalizacje o przedłużonym czasie pobytu ponad limit ustalony dla danej grupy.

2. Metody finansowania, o której mowa w ust. 1, nie stosuje się do świadczeń realizowanych w ramach umów hospitalizacja planowa i "leczenie jednego dnia".

3. Z finansowania ponad limit ustalony dla grupy wyłączone są grupy, dla których w szczególności:

- 1) na podstawie dostępnych danych nie było możliwe określenie miar rozproszenia;
- 2) charakterystyka grupy przewiduje czas leczenia poniżej dwóch dni;
- 3) istotą postępowania jest szybka diagnostyka i ewentualne leczenie;
- 4) koszt leku lub wyrobu medycznego stanowi istotną część wartości punktowej grupy.

4. Dla hospitalizacji, w których z zasad postępowania medycznego w odniesieniu do charakterystyki wyniku, że czas hospitalizacji powinien przekraczać jeden dzień, w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia, stosuje się etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji trwających < 3 dni.

5. Zasady rozliczania, o których mowa w ust. 4, nie mają zastosowania do hospitalizacji zakończonych zgonem.

6. Limit czasu hospitalizacji objęty ryczałtem grupy, wartości punktowe dla odpowiedniego trybu realizacji umowy, wartości punktowe etapowego zwiększania wartości punktowej hospitalizacji o czasie trwania < 3 dni oraz wartości osobodnia ponad limit ustalony dla grupy, określone są w katalogu grup, stanowiącym **załącznik nr 1a** do zarządzenia.

§ 16. 1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia związanego z diagnostyką i leczeniem obrażeń mnogich, konieczne jest wskazanie w raporcie statystycznym rozpoznań (zasadniczego i współistniejących) według ICD-10 spośród określonych w charakterystyce grupy T07, wskazujących na charakter/liczbę obrażeń uzasadniających zastosowanie jednego ze wskaźników, o których mowa w ust. 2, oraz wszystkich istotnych procedur medycznych według ICD-9, w celu wyznaczenia grupy o najwyższej wartości punktowej z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia.

2. Rozliczenie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się z zastosowaniem grupy z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia oraz ewentualnie dołączonymi osobodniami ponad limit ustalony dla grupy, skorygowanej jednym z poniższych wskaźników wskazujących na charakter obrażeń:

- 1) nie mniej niż cztery obrażenia - 1,85;
- 2) nie mniej niż trzy obrażenia - 1,78;
- 3) nie mniej niż dwa obrażenia - 1,54.

3. Niezależnie od wskazania do rozliczenia grupy o najwyższej wartości punktowej, o której mowa w ust. 2, skorygowanej odpowiednim wskaźnikiem, dopuszcza się wykazanie do rozliczenia produktów z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, w tym produktów dedykowanych do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, określonych w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia

4. Metody rozliczania, o których mowa w ust. 1–3, nie stosuje się do świadczeń gwarantowanych zrealizowanych w centrum urazowym lub centrum urazowym dla dzieci spełniającym dodatkowe warunki ich realizacji, wymienionych w lp. 25 **załącznika nr 4** do rozporządzenia szpitalnego.

§ 17. 1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., w zakresie onkologia i hematologia dziecięca wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

2. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach położnictwo i ginekologia oraz neonatologia na poszczególnych poziomach referencyjnych, w sytuacji rozliczania hospitalizacji związanej z porodem grupą N01 i świadczeń związanych z opieką nad zdrowym noworodkiem z tego porodu w ramach grupy N20, wartość tych produktów rozliczeniowych korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

3. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej:

- 1) 90 pierwotnych całkowitych alloplastyk stawu biodrowego, w przypadku rozliczania hospitalizacji grupą H13, H14 lub
- 2) 60 pierwotnych alloplastyk stawu kolanowego, w przypadku rozliczania hospitalizacji grupą H01 (wyłącznie procedurą 81.541), H15, lub
- 3) 10 operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego, w przypadku rozliczania hospitalizacji grupą H09, H10, H11, H16, H17, H18, H19

- wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

4. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej 50 operacji rewizyjnych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (dotyczy to przypadków gdzie pierwotna endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego wykonana została u innego świadczeniodawcy), w przypadku rozliczania hospitalizacji grupą H09, H10, H11, H16, H17, H18, H19, wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5.

5. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, obowiązani są w przypadku wykonania operacji rewizyjnej związanej z pozostawieniem "biodra wiszącego" do sprawozdawania produktu statystycznego 5.53.01.0001006 Pozostawienie "biodra wiszącego", niezależnie od sprawozdanej grupy.

6. W przypadku wykonania jednocześnie zabiegów operacyjnych obustronnych (na narządzie parzystym), rozliczanych grupami:

- 1) B16, B16G, B17, B17G, J01G, J01H, J02, J04G, J04H, L06, L09, L16, L17, L72 oraz PZH14 – wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,54;
- 2) B18G i B19G wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 2,0;
- 3) C05G, C05H, C06G, C06H - wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,8.

7. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny (z wyłączeniem JGP: Q23, Q24), wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) dla wskazanego zakresu korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

8. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie okulistyka (tryb realizacji umowy: hospitalizacja lub hospitalizacja planowa), którzy w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik, zrealizowali co najmniej:

- 1) 250 zabiegów związanych z leczeniem jaskry lub zaćmy, w przypadku rozliczania hospitalizacji grupą B11 lub B72, lub
- 2) 400 zabiegów wykonanych metodą witrektomii lub fakowitrektomii, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B16, B16G, B17, B17G
- wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

9. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie okulistyka, w przypadku zastosowania soczewki torycznej lub anirydialnej, przy rozliczaniu grupą B18G, wartość produktu rozliczeniowego (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.

10. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio do ukończenia 3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 - PZL13 oraz PZQ01 - PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

11. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na rzecz dzieci w wieku odpowiednio od 4 – 9 r.ż. (od rozpoczęcia 4. r.ż. do ukończenia 9. r.ż.), rozliczanych grupami z katalogu grup z sekcji PZ (Choroby dzieci – leczenie zabiegowe – grupy PZA01 - PZL13 oraz PZQ01 - PZ99), wartość tych produktów (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

12. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacja, hospitalizacja planowa, rozliczanych grupami B18G i B19G, u których udział hospitalizacji trwających jeden dzień (data wypisu = data przyjęcia) wynosi poniżej 80% wszystkich hospitalizacji rozliczanych powyższymi grupami, w przypadku kiedy czas hospitalizacji przekroczy jeden dzień, wartość produktów do rozliczenia tej hospitalizacji (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 0,9. Współczynnika, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych na rzecz świadczeniodawców poniżej 18 r. ż.

13. Udział hospitalizacji, o którym mowa w ust. 12, obliczany jest w oparciu o sprawozdanie z realizacji świadczeń poprzedzające kwartał, w którym stosowany jest współczynnik.

14. Do obliczenia udziału hospitalizacji, o którym mowa w ust. 12, nie uwzględnia się świadczeń udzielonych na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r. ż.

15. Dla świadczeniodawców, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., którzy zrealizowali JGP określone w **załączniku nr 3d** do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, udział tych świadczeniodawców w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10 % wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy), korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,2.

16. W przypadku, gdy u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w zakresie otorynolaryngologia, otorynolaryngologia dla dzieci, audiologia i foniatria, audiologia i foniatria dla dzieci w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej "przypadek stabilny" z danego okresu sprawozdawczego, mierzony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, mierzonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego,
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy
- wartość tych produktów rozliczeniowych (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,01.

17. Dla świadczeniodawców realizujących w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii, w sytuacji rozliczania hospitalizacji w zakresie chirurgii onkologicznej, wartość JGP o charakterze zabiegowym korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,17. Przepisu zdania pierwszego nie stosuje się do świadczeń rozliczonych poprzez JGP wskazane w § 19 ust. 8.

18. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń, rozliczanych wybranymi JGP, określonymi w **załączniku nr 3e** do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy), korygowana jest z zastosowaniem współczynników o wartościach wskazanych w tym załączniku.

19. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach położnictwo i ginekologia na poszczególnych poziomach referencyjnych związanych z porodem drogami natury z zastosowaniem znieczulenia zewnątrzoponowego w przypadku rozliczania hospitalizacji grupami N01, N02 oraz N03 wartość tych produktów rozliczeniowych z katalogu grup (ustalona w katalogu grup dla odpowiedniego trybu realizacji umowy) korygowana jest w zależności od udziału porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w przypadkach uzasadnionych medycznie w znieczuleniu podpajęczynówkowym, do wszystkich porodów zakończonych drogami natury, współczynnikiem o wartości:

- 1) udział < 5% - 0,95;
- 2) udział > 10% - 1,12;
- 3) udział > 20% - 1,19;

4) udział > 35% - 1,21.

20. Udział porodów ze znieczuleniem, o którym mowa w ust. 19, obliczany jest w oparciu o sprawozdanie z realizacji świadczeń poprzedzające kwartał, w którym stosowany jest współczynnik.

21. Współczynniki, o których mowa w ust. 19 pkt 2-4 stosuje się wyłącznie u świadczeniodawców, którzy w kwartale stanowiącym podstawę do wyliczenia współczynnika osiągnęli co najmniej 2% przyrost odsetka znieczuleń do porodów drogami natury, w stosunku do odsetka znieczuleń do porodów drogami natury osiągniętego w kwartale poprzedzającym kwartał stanowiącym podstawę do wyliczenia współczynnika. Przepisu, o którym mowa w zdaniu pierwszym nie stosuje się w przypadku osiągnięcia 40% porodów drogami natury z zastosowaniem znieczulenia w kwartale poprzedzającym kwartał stanowiącym podstawę do wyliczenia współczynnika.

§ 18. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne zobowiązany jest do wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

2. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3, 5 i 6 ustawy o świadczeniach, udzielający świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż. mogą wdrożyć procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, z wykorzystaniem modeli zespołów:

- 1) Zespół Leczenia Bólu u Dzieci – I stopień (szpitale ≥ 20000 hospitalizacji pediatrycznych rocznie);
- 2) Zespół Leczenia Bólu u Dzieci – II stopień (szpitale w przedziale $\geq 7000 < 20000$ hospitalizacji pediatrycznych rocznie);
- 3) Zespół Leczenia Bólu u Dzieci – III stopień (szpitale w przedziale $\geq 5000 < 7000$ hospitalizacji pediatrycznych rocznie - warunek nie dotyczy szpitali pediatrycznych).

3. Do obliczenia liczby hospitalizacji udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż., o której mowa w ust. 2, uwzględnia się sprawozdanie z realizacji świadczeń w roku poprzedzającym rok, w którym rozpoczęto finansowanie świadczeń związanych z leczeniem i oceną skuteczności leczenia bólu.

4. Finansowanie świadczeń związanych z leczeniem i oceną skuteczności leczenia bólu następuje w przypadku realizacji tych świadczeń przez wyodrębniony personel w:

- 1) Zespole Leczenia Bólu u Dzieci – I stopień: lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, z doświadczeniem w leczeniu bólu (1 etat) oraz pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (4 etaty) z zapewnieniem całodobowego dostępu do świadczeń – w lokalizacji; psycholog (zapewnienie porady lub sesji psychoterapii) – w dostępie;
- 2) Zespole Leczenia Bólu u Dzieci – II stopień: lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, z doświadczeniem w leczeniu bólu (1 etat) oraz pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (4 etaty) z zapewnieniem całodobowego dostępu do świadczeń – w lokalizacji;
- 3) Zespole Leczenia Bólu u Dzieci – III stopień: lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, z doświadczeniem w leczeniu bólu (0,5 etatu) oraz pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (2 etaty) z zapewnieniem dostępu do świadczeń – w lokalizacji.

5. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 2, odbywa się na podstawie ryczałtu miesięcznego z uwzględnieniem podziału na:

- 1) Zespół Leczenia Bólu u Dzieci – stopień I: wysokość miesięcznego ryczałtu: $2739 \text{ pkt} \times 30 \text{ dni} = 82170 \text{ pkt}$;
- 2) Zespół Leczenia Bólu u Dzieci – stopień II: wysokość miesięcznego ryczałtu: $1826 \text{ pkt} \times 30 \text{ dni} = 54780 \text{ pkt}$;
- 3) Zespół Leczenia Bólu u Dzieci – stopień III: wysokość miesięcznego ryczałtu: $913 \text{ pkt} \times 30 \text{ dni} = 27390 \text{ pkt}$.

6. W przypadku rozliczania świadczeń udzielonych przez Zespół Leczenia Bólu u Dzieci, w zakresie anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci albo pediatria, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania produktów statystycznych: 5.53.01.0001003 – Konsultacja anestezjologa ZLB oraz 5.53.01.0001004 – Konsultacja pielęgniarki anestezjologicznej ZLB. Należy sprawozdać wszystkie wykonane w danym okresie sprawozdawczym konsultacje, o których mowa w zdaniu pierwszym.

7. Ocena stanu zdrowia świadczeniobiorcy przeprowadzana jest codziennie. W ocenie świadczeniodawca stosuje skalę i kwestionariusze służące określeniu nasilenia bólu, dostosowane do wieku świadczeniobiorcy. Dokumentację związaną ze świadczeniami realizowanymi przez zespoły leczenia bólu u dzieci dołącza się do historii choroby.

8. Świadczenia realizowane przez zespoły leczenia bólu, o których mowa w ust. 2, nie mogą być uwzględniane do obliczenia liczby hospitalizacji, o których mowa w ust. 3, w zakresie anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci.

§ 19. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia na podstawie karty DiLO, obowiązany jest do umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 14** do zarządzenia.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia na podstawie karty DiLO, w celu udokumentowania ich rozliczenia z Funduszem, obowiązany jest do dołączenia do dokumentacji medycznej pacjenta kopii karty, zgodnej ze wzorem określonym w rozporządzeniu w sprawie karty DiLO.

3. Świadczeniodawca realizujący świadczenia na podstawie karty DiLO, w przypadkach klinicznych, w których potwierdzenie nowotworu złośliwego następuje w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, a pacjent do czasu otrzymania wyniku badania histopatologicznego zostaje wypisany ze szpitala z rozpoznaniem podejrzenia nowotworu, w celu rozliczenia tych świadczeń w ramach skojarzonego zakresu świadczeń, określonego w **załączniku nr 3b** do zarządzenia, obowiązany jest, po ustaleniu rozpoznania onkologicznego po wypisie pacjenta, dokonać korekty danych sprawozdanych w raporcie statystycznym przez wskazanie rozpoznania onkologicznego oraz numeru karty.

4. W sytuacji rozliczania świadczeń związanych z leczeniem zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii, finansowanych w ramach produktów wymienionych w katalogu produktów do sumowania, określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) stosowania kryteriów terminologicznych dla zdarzeń niepożądanych, wersja 3.0 CTCAE, określonych w **załączniku nr 12** do zarządzenia;
- 2) udokumentowania zdarzeń niepożądanych z określeniem stopnia ciężkości w dokumentacji medycznej pacjenta.

5. W przypadku rozliczania świadczeń z zakresu radioterapii onkologicznej, finansowanych w ramach produktów wymienionych w **załączniku nr 1d** do zarządzenia, świadczeniodawca przed wdrożeniem leczenia radioterapeutycznego, obowiązany jest przeprowadzić ocenę stanu sprawności pacjenta (z wyłączeniem pacjentów poniżej 18. r. ż.) według skali WHO/Zubroda/ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group²⁾), określonej w **załączniku nr 13** do zarządzenia. Ocenę stanu ogólnego pacjenta poddawanego leczeniu onkologicznemu dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta oraz dokonuje sprawozdania łącznie z produktem jednostkowym.

6. W sytuacji rozliczania produktów w zakresie teleradioterapii, brachyterapii oraz terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, z katalogu stanowiącego załącznik 1d do zarządzenia, świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie/cyklu leczenia – dawka całkowita. Należy sprawozdać całkowitą liczbę frakcji w całym procesie/cyklu leczenia.

²⁾ Roszkowski-Ślisz

K.:

Nowotwory

złośliwe

http://web.archive.org/web/20070102012926/http://www.puo.pl/pdf/nowotwory_pluc.pdf

7. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DiLO, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w **załączniku nr 3c** do zarządzenia, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25. Współczynnika, o którym mowa w zdaniu pierwszym, nie stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych z wykorzystaniem systemu robotowego (w przypadku rozliczania hospitalizacji grupą L31R, M22R, F45R).

8. Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach następujących JGP:

- 1) A110 Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 2) C110 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 3) F320 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 4) F420 Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 5) G310 Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie) w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 6) J030 Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r. ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 7) H830 Średnie zabiegi na tkankach miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych,
- 8) H840 Mniejsze zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich w rozpoznaniach nowotworów złośliwych

- uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym umowy w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych w AOS, chirurgicznego leczenia onkologicznego w rozpoznaniach wskazanych w charakterystyce JGP ww. grup, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby zrealizowanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych dla wybranych JGP określonych w **załączniku nr 18** do zarządzenia.

9. Rozliczanie badań genetycznych w chorobach nowotworowych, finansowanych w ramach dedykowanych produktów 5.53.01.0005001 - 5.53.01.0005003 z katalogu produktów do sumowania, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia odbywa się zgodnie z szczegółowym wykazem badań genetycznych w chorobach nowotworowych, określonym w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

10. Do rozliczania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, finansowanych w ramach dedykowanych produktów 5.53.01.0001653 - 5.53.01.0001656 z katalogu produktów do sumowania, określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia, udzielanych na podstawie karty DiLO, w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, uprawnieni są świadczeniodawcy posiadający certyfikat akredytacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135) albo w art. 21 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej, będącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy. Szczegółowy wykaz badań patomorfologicznych w chorobach nowotworowych określa **załącznik nr 7a** do zarządzenia.

11. Do rozliczania świadczeń, o których mowa w ust. 10, dopuszcza się świadczeniodawców którzy uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75) na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów w projekcie PO WER pn. "Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi", przez okres trzech lat od daty wydania przez Ministra Zdrowia Certyfikatu uczestnictwa w tym projekcie.

12. Podstawą finansowania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, o których mowa w ust. 10, jest przekazanie przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału Funduszu certyfikatów, o których mowa w ust. 10 i 11. Produkty rozliczeniowe dedykowane do finansowania kosztów, o których mowa w zdaniu pierwszym, udostępniane są świadczeniodawcy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał certyfikat.

§ 20. 1. Dla świadczeniodawców będących Ośrodkami Eksperckimi Chorób Rzadkich w sytuacji rozliczania hospitalizacji związanej z kompleksową diagnostyką i leczeniem choroby rzadkiej, właściwej dla tego ośrodka, rozliczanie następuje z zastosowaniem produktu o kodzie 5.52.01.0001588 Pobyt związany z kompleksową diagnostyką i leczeniem choroby rzadkiej w Ośrodku Eksperckim Chorób Rzadkich (OECR) za osobodzień dla pięciodniowego pobytu. W przypadku konieczności przedłużenia pobytu wynikającego z zasad postępowania medycznego stosuje się produkt do sumowania 5.53.01.0001660 Dodatkowy koszt przedłużonego pobytu związanego z kompleksową diagnostyką i leczeniem choroby rzadkiej w Ośrodku Eksperckim Chorób Rzadkich (OECR), za każdy dodatkowy osobodzień.

2. Do rozliczenia badań diagnostycznych w chorobach rzadkich, finansowanych w ramach dedykowanych produktów 5.53.01.0001661 – 5.53.01.0001664 z katalogu produktów do sumowania, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia uprawnieni są świadczeniodawcy będący Ośrodkami Eksperckimi Chorób Rzadkich (OECR). Świadczeniodawca zobowiązany jest sprawozdać w raporcie statystycznym produkty związane z badaniami diagnostycznymi zgodnie z Wykazem badań diagnostycznych w chorobach rzadkich w Ośrodkach Eksperckich Chorób Rzadkich, poprzez produkty statystyczne określone w **załączniku nr 7b** do zarządzenia.

3. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, uprawnieni są do rozliczenia kosztochłonnych badań diagnostycznych 5.53.01.0001600 - 5.53.01.0001638, określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia w trybie hospitalizacji.

4. W przypadkach rozpoczętej diagnostyki w kierunku choroby rzadkiej, w których ustalenie rozpoznania choroby rzadkiej następuje po wypisie ze szpitala pacjenta z podejrzeniem choroby rzadkiej, świadczeniodawca będący Ośrodkiem Eksperckim Chorób Rzadkich (OECR) obowiązany jest, po ustaleniu rozpoznania po wypisie pacjenta, dokonać korekty danych sprawozdawczych w raporcie statystycznym przez wskazanie ostatecznego kodu ORPHA.

5. W uzasadnionych medycznie przypadkach w sytuacji świadczeń rozliczanych produktem rozliczeniowym o kodzie 5.52.01.0001588 Pobyt związany z kompleksową diagnostyką i leczeniem choroby rzadkiej w Ośrodku Eksperckim Chorób Rzadkich (OECR) nie ma zastosowania § 25 pkt 12 zarządzenia.

§ 21. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia związane z:

- 1) endoprotezoplastyką narządu ruchu,
- 2) leczeniem udarów,
- 3) leczeniem ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej
- obowiązany jest do przekazywania w formie elektronicznej sprawozdania, zgodnie ze wzorem i w formacie określonym przez Fundusz.

2. W przypadku rozliczania świadczenia: Hipotermia lecznicza, finansowanego w ramach produktu: 5.53.01.0001509 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej – karty monitorowania pacjenta podczas hipotermii leczniczej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 5a–5b** do zarządzenia. Kartę monitorowania pacjenta dołącza się do historii choroby.

3. W przypadku rozliczania świadczenia: Leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem antagonisty receptora dla glikoproteiny IIb/IIIa lub bezpośredniego inhibitora trombiny u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej, finansowanego w ramach produktu: 5.53.01.0001469 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdania kodu ICD-9, określającego zastosowany lek, tj.:

- 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;
- 4) 99.2901 - Wstrzyknięcie / infuzja inhibitora trombiny (DTI) – biwalirudyna.

4. W przypadku rozliczania świadczeń związanych z Diagnostyką potencjalnego dawcy narządów bez pobrania – kategoria II, finansowanych w ramach produktu: 5.52.01.0001495 z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia oraz produktu: 5.53.01.0001508 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do przedłożenia szczegółowej specyfikacji kosztowej, z uwzględnieniem specyfikacji kosztów związanych z kosztami zespołu lekarsko – pielęgniarskiego innego świadczeniodawcy.

5. Szczegółowa specyfikacja kosztowa podlega każdorazowo weryfikacji przez dyrektora oddziału Funduszu.

6. W przypadku rozliczania świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna, finansowanego w ramach produktu: 5.53.01.0001499 z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do:

- 1) udokumentowania przeprowadzenia oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny (dotyczy świadczeniodawców realizujących świadczenia na podstawie § 6a rozporządzenia szpitalnego, którzy nie dysponują oddziałem geriatrycznym ani poradnią geriatryczną);
- 2) udokumentowania kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13 stanowiącej **załącznik nr 11a** do zarządzenia;
- 3) prowadzenia dokumentacji dodatkowej – Karty całościowej oceny geriatrycznej, której wzór określony jest w **załączniku nr 11b** do zarządzenia. Kartę oceny geriatrycznej dołącza się do historii choroby.

7. W przypadku rozliczania produktu: 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z katalogu produktów do sumowania, określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w **załączniku nr 16** do zarządzenia.

8. W przypadku konieczności stosowania u świadczeniobiorcy produktów związanych z leczeniem lub podejrzeniem pęcherzowego oddzielania naskórka świadczeniodawca jest zobowiązany do wydania właściwego zaopatrzenia w produkty z listy produktów stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka stanowiącej **załącznik nr 17a** do zarządzenia na podstawie informacji dla lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem z rozpoznaniem lub podejrzeniem pęcherzowego oddzielania naskórka wg wzoru określonego w **załączniku 17b** do zarządzenia;

§ 22. 1. W przypadku rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym lub żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia odpowiednio dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi w **załącznikach nr 6a–6h** do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym dołącza się do historii choroby.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, winny być realizowane przez świadczeniodawcę zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w "Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub - w przypadku dzieci - zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.

§ 23. 1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z grup: S40–S43 obowiązany jest do stosowania skali ciężkości zatruc (PSS - poisoning severity score), określonej w **załączniku nr 8** do zarządzenia. Kartę z oceną ciężkości zatrucia dołącza się do historii choroby.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie położnictwo i ginekologia:

- 1) trzeci poziom referencyjny - w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu określonych w wykazie rozpoznań wg ICD-10, stanowiącym **załącznik nr 15a** do zarządzenia, obowiązany jest zapewnić kobiecie w ciąży, podczas porodu i w okresie połogu oraz jej dziecku opiekę zgodną ze standardami postępowania, określonymi w rozporządzeniu o standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej. Świadczeniodawca obowiązany jest w szczególności rozważyć możliwość leczenia płodu,

zapewnić odbycie porodu w ośrodku trzeciego poziomu referencyjnego, umożliwić pomoc psychologiczną i skierować kobietę w trybie pilnym do dalszej psychologicznej opieki ambulatoryjnej oraz specjalistycznej opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami medycznymi;

- 2) pierwszy i drugi poziom referencyjny - w przypadku hospitalizacji kobiety w ciąży z uprzednio rozpoznaną i udokumentowaną ciężką, nieuleczalną chorobą płodu, określoną w wykazie rozpoznań wg ICD-10, stanowiącym **załącznik nr 15a** do zarządzenia, obowiązany jest skierować kobietę do dalszej opieki, o której mowa w pkt 1.
- 3) Wzór skierowania, o którym mowa w ust. 2, określony jest w **załączniku nr 15b** do zarządzenia.

§ 24. 1. W przypadku udzielania przez świadczeniodawcę:

- 1) świadczeń, których koszt przekracza wartość 40 000 zł i wartość obliczoną według wzoru:

$$a) K = [3 \times (W_g + W_{opl})] + W_{tiss} + W_{dsum}$$

albo

$$b) K = (W_g + W_{opl}) + W_{tiss} + W_{dsum} + 38\,000 \text{ zł}$$

K - wartość kryterium umożliwiającego rozliczanie za zgodą płatnika,

W_g - wartość JGP dla typu umowy hospitalizacja albo produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu produktów odrębnych,

W_{opl} - wartość osobodni finansowanych ponad limit finansowany grupą,

W_{tiss} - wartość świadczeń finansowanych wg skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci,

W_{dsum} - wartość świadczeń finansowanych produktami z katalogu produktów do sumowania; albo

- 2) świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym, albo
- 3) świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie 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 w lit. a:
 - nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
 - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
 - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
 - kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie, albo
- 4) świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji
 - rozliczenie może odbywać się z zastosowaniem produktu rozliczeniowego 5.52.01.0001363 - Rozliczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody na sposób jego rozliczenia przez dyrektora oddziału Funduszu.

2. W przypadku udzielenia przez świadczeniodawcę świadczenia z **załącznika nr 1w** albo **załącznika nr 1ows**:

- 1) którego koszt przekracza dwukrotność wartości produktu właściwego ze względu na rozliczenie z **załącznika nr 1w** albo **załącznika nr 1ows** do zarządzenia lub
- 2) w tym jednoczasowo więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu świadczeń, lub

- 3) w tym jednocześnie więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów świadczeń, wraz z zastosowanymi podwariantami, lub
- 4) wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza kwotę 14 000 zł w ramach hospitalizacji do tego świadczenia, lub
- 5) które nie zostało ujęte w **załączniku nr 1w** albo w **załączniku nr 1ows** do zarządzenia, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami odpowiednio rozporządzenia szpitalnego lub wysokospecjalistycznego
 - rozliczenie może odbywać się z zastosowaniem produktu rozliczeniowego 5.54.01.0000089 - Rozliczenie za zgodą płatnika – świadczenie z katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej lub 5.52.01.0001523 - Rozliczenie za zgodą płatnika – świadczenie do hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego, po wyrażeniu indywidualnej zgody na sposób jego rozliczenia przez dyrektora oddziału Funduszu.

3. Rozliczanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, odbywa się zgodnie z poniższymi zasadami:

- 1) świadczeniodawca składa do właściwego oddziału Funduszu odpowiedni wniosek, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;
- 2) wniosek, o którym mowa w pkt 1, świadczeniodawca składa w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, w formie papierowej wraz z przesłaną jednocześnie jej wersją elektroniczną albo elektronicznej, wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia, uwzględniającą faktyczne koszty związane z udzieleniem tego świadczenia, z zastrzeżeniem pkt 3. W przypadku formy papierowej o zachowaniu terminu decyduje data nadania przesyłki;
- 3) szczegółowa specyfikacja kosztowa nie jest wymagana w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 oraz w ust. 2 pkt 2 i 3;
- 4) dyrektor oddziału Funduszu wydaje zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, po przeprowadzeniu szczegółowej weryfikacji złożonych dokumentów, na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;
- 5) niewyrażenie przez dyrektora oddziału Funduszu zgody na realizację wniosku, albo na wysokość wnioskowanej kwoty objętej zgodą, wymaga szczegółowego uzasadnienia;
- 6) od rozstrzygnięcia dyrektora oddziału Funduszu wydanego w wyniku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w pkt 4, odwołanie nie przysługuje;
- 7) stanowisko dyrektora oddziału Funduszu w sprawie wyrażenia zgody na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania, w zakresie merytoryczno – finansowym jest ostateczne;
- 8) Prezes Funduszu, w uzasadnionych sytuacjach, może zweryfikować stanowisko dyrektora oddziału Funduszu, o którym mowa w pkt 7, pod względem formalno-prawnym;
- 9) świadczenie stanowiące przedmiot wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora oddziału Funduszu na indywidualne rozliczenie wykazuje się do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym;
- 10) sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji tożsamy z zakresem informacji dla świadczeń w rodzaju odpowiednio: leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 11) oddział Funduszu prowadzi dokumentację związaną z wydawaniem indywidualnych zgód na rozliczenie świadczenia, uwzględniającą zakres danych wskazany we wniosku, w tym rejestr decyzji oraz dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji wniosku.

4. Metoda rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1 i 2, może znajdować zastosowanie wyłącznie do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu szpitalnym oraz w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym.

5. Nie stosuje się metody rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1 i 2, do rozliczania:

- 1) wyłącznie kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, 905 i 924)
- 2) substancji czynnych stosowanych w chemioterapii lub w ramach leczenia wspomagającego chorych na nowotwory oraz substancji czynnych objętych finansowaniem ze środków publicznych w ramach programów lekowych;
- 3) świadczeń, w przypadkach, w których cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne;
- 4) jednorazowo więcej niż jednej hospitalizacji.

6. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, 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 umowie.

7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, finansowane jest na poziomie 60% właściwej grupy z innej sekcji oraz innego zakresu (po uprzednim zsumowaniu z produktami do sumowania, jeśli miały zastosowanie w danym przypadku).

8. W przypadku świadczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, lub w przypadku jednoczesnego udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego związanego z przeszczepieniem narządu oraz świadczenia związanego z przeszczepieniem nerki lub trzustki, kolejny wariant w ramach tego samego zakresu świadczeń lub kolejne świadczenie, lub grupa JGP do rozliczenia przeszczepienia nerki lub trzustki, finansowane jest na poziomie 60% wartości tego wariantu, wraz z zastosowanymi podwariantami lub właściwej JGP.

9. W przypadku wykonania świadczenia, którego koszt poniesiony przez świadczeniodawcę jest znacznie niższy od ustalonej wartości punktowej produktu rozliczeniowego z katalogu grup albo produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu produktów odrębnych, świadczeniodawca powinien rozliczyć świadczenie w ramach produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0001363 - Rozliczenie za zgodą płatnika, z uwzględnieniem faktycznych kosztów związanych z udzieleniem tego świadczenia.

10. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 9, dotyczy w szczególności sytuacji, w której nie wszystkie elementy rozliczanego świadczenia były związane z poniesieniem kosztów po stronie świadczeniodawcy.

§ 25. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń do rozliczenia odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu, do rozliczenia należy wykazywać wyłącznie jedną grupę z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, albo produkt z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia lub produkty z katalogu radioterapii, określonego w **załączniku nr 1d** do zarządzenia, z zastrzeżeniem pkt 2–4;
- 2) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń finansowanych grupami albo produktami w przypadkach uzasadnionych medycznie, o ile w katalogu produktów do sumowania, określonym w załączniku nr 1c do zarządzenia i katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w OAiIT, określonym w **załączniku nr 1ts** do zarządzenia, dopuszczono taką możliwość;
- 3) możliwość łącznego rozliczania świadczeń, w przypadku udzielania świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii określa § 14;
- 4) dopuszcza się łączne rozliczanie grup z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia albo produktów z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia albo produktów z katalogu radioterapii, określonego w **załączniku nr 1d** do zarządzenia, z produktami katalogowymi zawartymi w katalogu zakresów świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, określonego w **załączniku nr 1** do zarządzenia w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, o ile w katalogach określonych w **załącznikach nr 1a, 1b i 1d** do zarządzenia nie określono inaczej, z wyjątkiem świadczeń wykonywanych w warunkach domowych i w trybie hospitalizacji, z zastrzeżeniem pkt 5;
- 5) łączne rozliczanie świadczeń z zakresu hemodializoterapii finansowanych w ramach umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, ze świadczeniami rozliczanymi grupami lub produktami z katalogów określonych w **załącznikach nr 1a–1d** do zarządzenia, dopuszczalne jest w przypadku

udzielenia świadczeń świadczeniobiorcom kwalifikowanym lub objętym programem przewlekłego leczenia nerkozastępczego oraz świadczeniobiorcom z ostrym ubytkiem filtracji kłębuszkowej, wymagających czasowego stosowania programu hemodializy;

- 6) w sytuacjach, o których mowa w pkt 4, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;
- 7) nie dopuszcza się rozliczania poprzez grupy z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, hospitalizacji związanych wyłącznie z przetoczeniem krwi lub produktów krwiopochodnych, w tym immunoglobulin, finansowanych w ramach produktów wymienionych w katalogu produktów do sumowania, określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia;
- 8) o ile w czasie trwania hospitalizacji związanej przedmiotowo ze świadczeniem wymienionym w **załączniku nr 1w** albo w **załączniku nr 1ows** do zarządzenia, rozpoczęto realizację tego świadczenia, w rozumieniu zarządzenia dzień rozpoczęcia realizacji świadczenia jest dniem technicznego zakończenia odpowiedniej grupy z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia lub produktu rozliczeniowego z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia;
- 9) w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę świadczenia wysokospecjalistycznego związanego z przeszczepieniem wątroby, serca, płuca, serca i płuca, finansowanego w ramach umowy leczenia szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w przypadku wystąpienia powikłań wymagających leczenia szpitalnego trwającego dłużej niż 30 dni od dnia przeszczepienia - 31. dzień leczenia traktuje się jako dzień rozpoczęcia leczenia powikłań po przeszczepie w ramach produktów z katalogu produktów odrębnych, określonych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia;
- 10) nie dopuszcza się łącznego rozliczania świadczeń z innymi rodzajami, z wyjątkiem świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne realizowanych w ramach programu pilotażowego;
- 11) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień;
- 12) jeżeli okres między udzieleniem świadczeniobiorcy świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobyków w szpitalu, z powodu określonego w rozpoznaniu lub procedurze występującej w charakterystyce danej grupy z katalogu grup, określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu produktów odrębnych, określonego w **załączniku 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 13;
- 13) rozliczenie świadczeń w sposób określony w pkt 12 nie dotyczy hospitalizacji wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej, terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku i związanego z tym leczenia objawowego oraz, w uzasadnionych medycznie przypadkach, świadczeń z katalogu produktów odrębnych określonych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia rozliczanych produktem rozliczeniowym: 5.52.01.0001564 Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej, 5.52.01.0001565 Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych lub 5.52.01.0001588 Pobyt związany z kompleksową diagnostyką i leczeniem choroby rzadkiej w Ośrodku Eksperyckim Chorób Rzadkich (OECR);
- 14) w uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń:
 - a) związanych z ponowną hospitalizacją w okresie nieprzekraczającym 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji lub
 - b) udzielonych niezgodnie z wiekiem świadczeniobiorcy (dotyczy świadczeń wykonanych świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresów świadczeń udzielanych dzieciom);
- 15) w przypadkach, o których mowa w pkt 14:

- a) lit. a - świadczeniodawca występuje do dyrektora oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie i rozliczenie świadczeń, w trakcie hospitalizacji albo w terminie do 7 dni roboczych od dnia jej zakończenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku,
- b) lit. b - świadczeniodawca występuje do dyrektora oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie i rozliczenie świadczeń, przed rozpoczęciem realizacji świadczenia, w trakcie realizacji świadczenia albo w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia realizacji świadczenia, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku;
- 16) zgodę na rozliczenie świadczenia, o którym mowa w pkt 15, wydaje dyrektor oddziału Funduszu, na zasadach i w terminie określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie i rozliczenie świadczeń;
- 17) nie dopuszcza się wyrażania przez dyrektora oddziału Funduszu zgody na rozliczanie świadczeń przez grupy lub produkty jednostkowe, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu;
- 18) nie dopuszcza się rozliczania poprzez grupy z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem kosztownego badania diagnostycznego z katalogu produktów do sumowania określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, hospitalizacja (pobyt diagnostyczny) winna być rozliczona poprzez dedykowany produkt (5.52.01.0001524 - Pobyt diagnostyczny – w trybie ambulatoryjnym) z katalogu produktów odrębnych, określony w **załączniku nr 1b** do zarządzenia łącznie z kosztownym badaniem diagnostycznym z katalogu produktów do sumowania określonym w **załączniku nr 1c** do zarządzenia;
- 19) dopuszcza się, w przypadkach uzasadnionych medycznie, jednoczasowe rozliczenie więcej niż jednego kosztownego badania diagnostycznego z katalogu produktów do sumowania określonego w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, w sposób, o którym mowa w pkt 18 zdanie drugie, poprzez ich łączne rozliczenie;
- 20) nie dopuszcza się rozliczania produktu: Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna z katalogu grup określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, więcej niż raz w roku w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od rozpoznania zasadniczego. Produkt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, dedykowany jest kompleksowej diagnostyce nowotworów złośliwych. W przypadkach uzasadnionych medycznie, dopuszcza się możliwość odstąpienia przez dyrektora oddziału Funduszu od zasady określonej w zdaniu pierwszym, na pisemny wniosek świadczeniodawcy zawierający uzasadnienie;
- 21) dopuszcza się rozliczanie produktu: 5.52.01.0001511 - Badanie genetyczne materiału archiwalnego z katalogu produktów odrębnych określonego w **załączniku nr 1b** do zarządzenia - w sytuacji wykonania badania materiału archiwalnego, pobranego również u innego świadczeniodawcy, w sytuacji konieczności modyfikacji przez świadczeniodawcę ustalonego planu leczenia;
- 22) w przypadku gdy świadczeniodawca przy rozliczaniu świadczenia jest uprawniony do zastosowania więcej niż jednego współczynnika korygującego (zbieg współczynników korygujących), wartość tego świadczenia obliczana jest według schematu:

$$\left[\sum_{i=1}^n W_i - (n-1) \right] * (W_g + W_{opl}),$$

gdzie

n – liczba zastosowanych współczynników

W_i – wartość kolejnych współczynników

W_g – wartość JGP

W_{opl} – wartość osobodni ponad limit finansowany grupą;

- 23) określone w zarządzeniu współczynniki korygujące nie mają zastosowania do świadczeń, o których mowa w § 24 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 2 i 10, rozliczonych na podstawie wniosku złożonego zgodnie ze wzorem określonym w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń;

- 24) w uzasadnionych medycznie przypadkach, przy rozliczaniu świadczeń w zakresie neonatologia – pierwszy lub drugi, lub trzeci poziom referencyjny, rozliczanych grupami: N20, N21, N21A, N22, N22A, N23, N24, N25, dyrektor oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie kontynuacji leczenia noworodka po ukończeniu tygodnia życia, określonego dla właściwej grupy, rozpoczętego u tego świadczeniodawcy lub na rozliczenie leczenia u innego świadczeniodawcy;
- 25) pobyt związany wyłącznie z wykonaniem badań dedykowanych monitorowaniu minimalnej choroby resztkowej (produkty: 5.53.01.0001546 - 5.53.01.0001552) z katalogu produktów do sumowania określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia rozlicza się poprzez dedykowane produkty: 5.52.01.0001567 - Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) - w trybie ambulatoryjnym lub 5.52.01.0001568 - Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD), z katalogu produktów odrębnych określonych w załączniku nr 1b do zarządzenia. Nie dopuszcza się rozliczania produktu 5.52.01.0001568 - Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) łącznie z badaniami 5.53.01.0001546 - 5.53.01.0001552 z katalogu produktów do sumowania, z wyjątkiem przypadków medycznych uzasadniających przeprowadzenie postępowania diagnostycznego w trybie hospitalizacji;
- 26) dopuszcza się rozliczanie w każdym okresie sprawozdawczym hospitalizacji trwających powyżej 30 dni, udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, poprzez produkt 5.53.01.0001005 - Hospitalizacja dziecięca > 30 dni po okresie sprawozdawczym, na podstawie ryczałtu miesięcznego o wartości 8010 pkt (267 pkt x 30 dni);
- 27) rozliczenie hospitalizacji (całego epizodu), o której mowa w pkt 26, następuje po jej zakończeniu, poprzez produkt 5.52.01.0001363 - Rozliczenie za zgodą płatnika. Kwota objęta zgodą, o której mowa w § 24 ust. 3 pkt 4, zostanie pomniejszona o otrzymany ryczałt miesięczny;
- 28) zasady rozliczania, o których mowa w pkt 26 i 27, mają zastosowanie do hospitalizacji trwających powyżej 30 dni, udzielanych na rzecz osób poniżej 18. roku życia, w przypadku w którym przedłużający się pobyt wynika wyłącznie ze wskazań medycznych.

§ 26. Wykazywanie przez świadczeniodawcę świadczeń wysokospecjalistycznych z zakresów operacji wad serca i aorty piersiowej do rozliczenia odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:

- 1) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń określonych w **załączniku nr 1w** albo w **załączniku nr 1ows** do zarządzenia z innymi świadczeniami - wyłącznie w sposób określony w niniejszym zarządzeniu;
- 2) dopuszcza się odrębne rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego w bieżącym okresie sprawozdawczym;
- 3) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
- 4) za krotność osobodni hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego do rozliczenia przyjmuje się liczbę dni pobytu pomniejszoną o liczbę dni rozliczanych na podstawie skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci, z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego;
- 5) w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę podczas jednej hospitalizacji świadczeń wysokospecjalistycznych z więcej niż jednego zakresu świadczeń stanowiących przedmiot umowy, dopuszcza się łączne rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych z różnych zakresów świadczeń na zasadach określonych w zarządzeniu. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, rozliczeniu podlega wyłącznie jedna hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego;
- 6) hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego wykazywana jest do rozliczenia wraz z wariantem oraz ewentualnymi podwariantami;
- 7) nie dopuszcza się wyrażania zgody przez dyrektora oddziału Funduszu na rozliczanie świadczeń, w tym łącznego wykazywania do rozliczenia, w sposób inny niż określony w niniejszym zarządzeniu.

Rozdział 5.

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 27. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 29, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zawiera się odpowiednio zgodnie ze wzorami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w **załącznikach 2a–2c** do niniejszego zarządzenia.

§ 28. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowy, o których mowa w ust. 1, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia z zastosowaniem wzorów umów obowiązujących do tego dnia zachowują ważność na czas, na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 29. Traci moc zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

§ 30. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2026 r.

§ 31. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), która zgodnie z § 29 projektowanego zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolichenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.

Niniejszym zarządzeniem wprowadza się zmiany wynikające z publikacji:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1509), zwanego dalej „rozporządzeniem”, które dodaje nowe świadczenia gwarantowane pn. Leczenie ostrej lub przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD) opornej na kortykosteroidy z wykorzystaniem fotoferezy pozaustrojowej (ECP) oraz

- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 19 listopada 2025 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego w tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

Zmiany w niniejszym zarządzeniu obejmują:

1. W §4 ust. 2 zarządzenia doprecyzowano przepisy dotyczące zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne. Nadrzędnym celem przedmiotowej regulacji jest eliminowanie ryzyk związanych z udzielaniem świadczeń (nieuprawniona migracja świadczeniobiorców w ramach zakładu leczniczego danego podmiotu leczniczego) oraz ich rozliczaniem. Zmiana przepisu oddaje intencję obowiązującej regulacji dopuszczając zawieranie umowy ze świadczeniodawcą w różnych trybach na terenie innego województwa. Jednocześnie w ust. 3 dopuszczono odstępianie od tego przepisu w odniesieniu do podmiotu powstałego w wyniku połączenia (konsolidacji) w przypadku konieczności właściwego zabezpieczenia do świadczeń, kierując się mapami potrzeb zdrowotnych oraz analizą zapotrzebowania na świadczenia objęte przedmiotem umowy.

2. W zakresie załącznika nr 1c do zarządzenia (Katalog produktów do sumowania):

- a. wprowadzono dwa nowe produkty rozliczeniowe dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego pn. Leczenie ostrej lub przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD) opornej na kortykosteroidy z wykorzystaniem fotoferezy pozaustrojowej (ECP), o którym mowa w lp. 72 załącznika nr 4 do rozporządzenia:

- 5.53.01.0001667 Fotofereza pozaustrojowa (ECP) w systemie otwartym
- 5.53.01.0001668 Fotofereza pozaustrojowa (ECP) w systemie zamkniętym;

- b. wprowadzono zmiany taryf na podstawie obwieszczenia Prezesa AOTMiT dla tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w leczeniu szpitalnym;

- c. Wprowadzono produkt leczniczy 5.53.01.0001669 Koszt leku trombolitycznego tenekteplaza niezawarty w kosztach świadczenia stosowany w leczeniu udaru mózgu, którego podanie obecnie staje się standardem terapeutycznym, rekomendowanym zarówno przez Sekcję Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, jak i przez Europejską Organizację Udarową. Wprowadzenie nowego produktu wynika z polecenia Ministra Zdrowia przekazanego pismem z dnia 22 października 2025 r. znak: DLGT.7802.3.2025.MN. na podstawie wyceny przygotowanej przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jednocześnie pozostawiono produkt o kodzie: 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia o wartości punktowej 2579 zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 26 czerwca 2025 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w obszarze chorób układu nerwowego.

d. w zakresie produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami, zmiany wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2026 r. Dodanie metryczki rozporządzenia nastąpi po jego ogłoszeniu.

3. W zakresie załącznika nr 1w do zarządzenia wprowadzono zmianę mechanizmu rozliczenia dla wariantu 4 - mechaniczne wspomaganie krążenia przez okres 30 dni w zakresie 03.4656.033.02 - przeszczepienie/ wspomaganie serca, tak aby finansowanie obejmowało pełne 30 dni pobytu. Jednocześnie wprowadzono dodatkowy produkt rozliczeniowy za każdy osobodzień wariant 15 - mechaniczne wspomaganie krążenia, dla pobytych krótszych niż 30 dni. Zmiana została dokonana na wniosek jednego z oddziałów wojewódzkiego Funduszu po przeprowadzeniu szczegółowej analizy sprawozdanych świadczeń z zastosowaniem produktów z załącznika nr 1w do zarządzenia uwzględniającej długości pobytych za okres 2023 – 2025.

4. Odpowiednie zmiany w zakresie nowego świadczenia gwarantowanego zostały wprowadzone do załączników nr 3a do zarządzenia.

5. W zakresie załącznika nr 6g do zarządzenia, mając na względzie rekomendacje Polskiego Towarzystwa Infuzyjnego w zakresie wykorzystania cewników pośrednich w codziennej praktyce klinicznej, dokonano zmiany wzoru Karty obserwacji centralnego cewnika naczyniowego, polegającej na rozszerzeniu katalogu jego stosowania. Zmiana ta ma na celu efektywne monitorowanie założonego wkłucia pośredniego, co umożliwi w sposób wystandaryzowany na monitorowanie ewentualnych powikłań związanych z kapitulacją naczyń przy użyciu cewników pośrednich.

6. W zakresie załącznika nr 9 do zarządzenia zmodyfikowano charakterystykę grupy F06 Średnie i endoskopowe zabiegi górnego odcinka przewodu pokarmowego poprzez wyodrębnienie w ramach tej grupy oddzielnego warunku dla realizacji procedur: 43.11 Przeszkórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG] oraz 43.19 Gastrostomia – inna. W ramach tego warunku dodany został wymóg sprawozdania rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F11 lub F16E. Zmiana ta ma na celu wyeliminowanie nieprawidłowości związanych z grupowaniem świadczeń zgodnie z przyjętym algorytmem grupera JGP. Ponadto, w związku ze zmianami wprowadzonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 785), w grupie N21 Ciężka patologia noworodka > 30 dni dokonano modyfikacji procedur związanych z Pozytonową Tomografią Emisyjną (PET).

Pozostałe zmiany w treści normatywnej zarządzenia oraz w obrębie załączników miały charakter porządkowy lub techniczny.

Przedmiotowy projekt zarządzenia uwzględnia zmiany konsultowane w projekcie z dnia 25 listopada 2025 r.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z wprowadzenia nowego świadczenia gwarantowanego pn. Leczenie ostrej lub przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (GvHD) odpornej na kortykosteroidy z wykorzystaniem fotoferezy pozaustrojowej (ECP) wynosi 5,7 mln zł. Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia z uwzględnieniem tenekteplazy wynosi ok. 11,2 mln zł. Wprowadzenie taryf świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w leczeniu szpitalnym skutkuje zmniejszeniem wydatków po stronie płatnika publicznego o około 865 tys. zł. Skutek finansowy po stronie płatnika dla produktu rozliczeniowego 5.53.01.0001647 Wprowadzenie zmian w załączniku nr 1w do zarządzenia skutkuje zmniejszeniem wydatków po stronie płatnika o ponad 2 mln zł. Skutek finansowy dla pozostałych zmian na dzień publikacji nie jest możliwy do oszacowania.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska, Krajowa Rada Ratowników Medycznych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2026 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

