

## **Zarządzenie Nr 27/2012/DGL**

**Prezesa**

**Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 10 maja 2012 r.**

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów  
w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe)**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 oraz w związku z art. 48 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>1</sup>) zarządza się, co następuje:

### **Rozdział 1**

#### **Postanowienia ogólne**

##### **§ 1.**

1. Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programu zdrowotne (lekowe), zwanej dalej „umową”, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem tych umów oraz warunki dodatkowe oceniane w trakcie postępowania prowadzonego podczas jej zawarcia.
2. Kryteria dotyczące świadczeniobiorców, schematów dawkowania leków

---

<sup>1</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696., Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. Nr 22, poz. 123.

---

w programie oraz badań diagnostycznych wykonywanych w ramach programu są określone w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696 z późn. zm.<sup>2</sup>), zwanej dalej ustawą refundacyjną.

## § 2.

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **zapewnienie realizacji badań** – zapewnienie wykonywania świadczeń, w tym również w innym miejscu lub lokalizacji niż określone w umowie;
- 2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) **katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych** – wykaz zawierający leki dostępne w ramach programu lekowego, wymienione w obwieszczeniach ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej;
- 4) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarz w trakcie odbywania specjalizacji zgodnie z programem specjalizacji, co najmniej 2 lata od jej otwarcia;
- 5) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 6) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 7) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu, zwany również OW NFZ;

---

<sup>2</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. Nr 17, poz. 95.

- 8) **opis programu lekowego** – zawiera informacje dotyczące schematów leczenia, kryteriów kwalifikacji i wyłączenia świadczeniobiorcy do/z programu, monitorowania wyników leczenia i programu;
- 9) **osobodzień** – jednostka miary służąca do rozliczania świadczeń opisanych w katalogu świadczeń i zakresów, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
- 10) **punkt** – jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe);
- 11) **raport statystyczny** – informacja o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej ze wskazaniem świadczeń objętych rachunkiem, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 12) **ryczałt za diagnostykę** – świadczenie, w ramach którego finansowany jest uśredniony koszt badań diagnostycznych związanych z programem zdrowotnym (lekowym), wykonywanych świadczeniobiorcy objętemu tym programem w trakcie okresu rozliczeniowego;
- 13) **świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym** – świadczenia udzielane podczas wizyty ambulatoryjnej, w ramach której świadczeniobiorcy wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne, podawane lub wydawane leki;
- 14) **program lekowy** – program zdrowotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmujący technologię lekową, w której substancja czynna nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu ustawy refundacyjnej;
- 15) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** – określone w § 2 w pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 z późn. zm.);
- 16) **świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym** – określone w § 2 w pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych;

- 17) **świadczenia wykonywane w trybie leczenia w warunkach domowych** – świadczenia realizowane w ramach programu lekowego „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B” (system dostaw domowych koncentratów czynników krzepnięcia);
- 18) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie programy zdrowotne (lekowe), dla których w umowie określa się sposób i kwotę finansowania;
- 19) **SMPT** – rejestr powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu oraz kwalifikacji i monitorowania leczenia świadczeniobiorcy w programie lekowym, uzupełniany za pomocą aplikacji komputerowej wskazanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i udostępnionej przez OW NFZ;
- 20) **taryfa** – wartość jednostkowa leku obliczana zgodnie ze wzorem określonym w par. 14 ust. 3 pkt 2.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484).

## Rozdział 2

### Przedmiot postępowania i umowy

#### § 3.

Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy jest wyłonienie wykonawców programów zdrowotnych (lekowych), o których mowa w § 4.

#### § 4.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja finansowanych przez Fundusz świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresie programy zdrowotne (lekowe), określonych:

- 1) w Wykazie programów zdrowotnych (lekowych), zwanym dalej „wykazem programów”, stanowiącym **załącznik nr 4** do zarządzenia;
- 2) w Katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe), zwanym dalej „katalogiem świadczeń”, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
- 3) w Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem leków”, stanowiącym **załącznik nr 1m** do zarządzenia;
- 4) w Katalogu ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem ryczałtów”, stanowiącym **załącznik nr 1l** do zarządzenia;

2. Programy zdrowotne (lekowe) wymienione w **załączniku nr 4** do zarządzenia są określone:

- 1) w części A załącznika nr 4 - Programy lekowe – zawarte w opisach programów lekowych, stanowiących **załączniki** do obwieszczeń ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej, zwanymi dalej „opisami programów”;
- 2) w części B – Kwalifikacje do programów lekowych, wynikające z opisów programów, określone są:

- a) w opisie świadczenia Kwalifikacja do stosowania hormonu wzrostu, stanowiącego **załącznik nr 5** do zarządzenia;
- b) w opisie świadczenia Kwalifikacja i weryfikacja leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych, stanowiącego **załącznik nr 6** do zarządzenia;
- c) w opisie świadczenia Kwalifikacja i weryfikacja leczenia chorób ultrazadkowych, stanowiącego **załącznik nr 7** do zarządzenia;
- d) w opisie świadczenia Kwalifikacja i weryfikacja leczenia w programie „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”, stanowiącego **załącznik nr 8** do zarządzenia.

## § 5.

Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, przedmiot umów obejmuje następujące nazwy i kody:

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

## Rozdział 3

### Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

#### § 6.

1. Umowę zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.
2. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy musi spełniać wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia, a także w przepisach odrębnych.
3. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.
4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają zgody Prezesa Funduszu.
5. Wymagania, o których mowa w ust. 2, dotyczą wszystkich miejsc udzielania przez świadczeniodawcę świadczeń.
6. Godziny pracy personelu, o których mowa w wymaganiach określonych w ust. 2, mogą się pokrywać z godzinami pracy tego personelu w macierzystym oddziale lub poradni, gdzie odbywa się realizacja danego programu zdrowotnego (lekowego).

#### § 7.

W przypadku, gdy świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie, z uwzględnieniem obowiązku spełnienia w miejscu realizacji świadczeń warunków udzielania świadczeń określonych dla danego zakresu w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

## Rozdział 4

### Zasady udzielania świadczeń

#### § 8.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w Wykazie podwykonawców, stanowiącym **załącznik nr 3 do umowy**.
2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki wymagane od świadczeniodawców, określone w zarządzeniu i w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie. Oddział Funduszu zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą, o którym mowa w ust. 1, lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
6. Aktualizację danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych.

## § 9.

1. Świadczeniodawca, realizując umowę, ma obowiązek:
  - 1) monitorowania stanu świadczeniobiorcy uczestniczącego w programie zgodnie z opisami programów;
  - 2) wykonania wszystkich badań diagnostycznych we wskazanych terminach wyszczególnionych w opisach programów;
  - 3) prowadzenia dokumentacji dodatkowej w trybie i formie określonych w opisach programów ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu;
  - 4) przekazywania do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń danych, których zakres, formę i termin przekazania określa opis programu oraz umowa;
  - 5) przechowywania oryginałów przekazanych danych w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;
  - 6) przekazywania do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń, oryginału części A karty rejestracji świadczeniobiorcy do udziału w programie lekowym, zwanej dalej „kartą”, stanowiącą **załącznik nr 9** do zarządzenia;
  - 7) przechowywania oryginałów części B karty w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
2. Świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do programu zgodnie z kryteriami określonymi w opisach programów.
3. Świadczeniodawca wyłącza świadczeniobiorcę z programu w przypadku braku efektu leczenia, bądź w razie spełnienia przez świadczeniobiorcę kryteriów wyłączenia wymienionych w opisach programów.
4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania każdej z substancji czynnych ujętych w katalogu leków zgodnie ze schematem dawkowania określonym w opisach programów.

5. W ramach realizacji umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawcę, wymaganej warunkami zarządzenia oraz określonej w odrębnych przepisach.
6. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.
7. Świadczeniodawca jest zobowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń na podstawie karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokumentu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

#### **§ 10.**

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

#### **§ 11.**

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

## Rozdział 5

### Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń

#### § 12.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest:

- 1) rachunek wraz z raportem statystycznym;
- 2) sprawozdanie w formie załącznika sprawozdawczo-rozliczeniowego dla świadczeń z zakresu programów zdrowotnych (lekowych), którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4 do umowy**.

2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu i sprawozdania będącego podstawą wystawienia rachunku.

3. Świadczeniodawca składa w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni do Oddziału Funduszu, z którym zawarł umowę:

- 1) rachunek w formie papierowej wraz z raportem statystycznym w formie elektronicznej;
- 2) sprawozdanie, którego wzór i zakres danych określa **załącznik nr 4 do umowy** w formie elektronicznej z zastrzeżeniem, że część II załącznika: „Ewidencja faktur”, przekazywane do oddziału Funduszu co miesiąc zgodnie z formatem XML opublikowanym przez Fundusz, dotyczy wyłącznie faktur związanych z zakupem leków z katalogu leków.

4. Informacje zawarte w raporcie statystycznym, muszą być zgodne z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zasadami określonymi przez Prezesa Funduszu.

5. W ramach raportu statystycznego świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10 oraz procedur medycznych według

### § 13.

1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie programów lekowych rozlicza koszty badań diagnostycznych realizowanych w danym programie ryczałtem, określonym dla każdego programu w katalogu ryczałtów. Świadczenie to może być wykazywane w całości nie częściej niż raz w trakcie trwania okresu rozliczeniowego, w trakcie leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lub rozliczane w częściach wykonanych do wysokości nie większej niż wysokość kwoty określonej w katalogu ryczałtów.

2. Zasady rozliczania programów lekowych określa umowa.

### § 14.

1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

2. Warunki rozliczania świadczeń określone są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w umowie.

3. Należność za świadczenia stanowi sumę iloczynów:

- 1) liczby udzielonych świadczeń, ich wartości punktowych określonych w katalogu świadczeń, katalogu ryczałtów i ceny punktu oraz
- 2) ilości substancji czynnych podanych świadczeniobiorcom w powiązaniu z lekami identyfikowalnymi poprzez kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN, wagi punktowej jednostki miary leków określonych w katalogu leków, ceny punktu i taryfy dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN określonej według wzoru:

$$T = \frac{L}{I}$$

gdzie:

T – taryfa,

L – wysokość limitu finansowania zgodna z aktualnym obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanym w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej, obowiązującym w dniu zastosowania (podania) leku, a w przypadku wymagającym uwzględnienia instrumentu dzielenia ryzyka dane z faktury zakupu danego leku,

I – liczba jednostek miary (jednostka miary zgodna z **załącznikiem nr 1m** do zarządzenia) w opakowaniu dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN.

4. Rozliczeniu podlegają podane lub wydane świadczeniobiorcy leki w ilościach stanowiących ich wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji w katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych.

5. Ilości podanych lub wydanych świadczeniobiorcy leków muszą wynikać ze schematu dawkowania (opis programu) dla odpowiedniego parametru: masy ciała, powierzchni ciała, dawki indywidualnej lub bezpośredniej.

6. W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobdzień.

7. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość leku, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystane części postaci leku nie podlegają rozliczeniu.

8. Należność dla danego zakresu świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy przekazywana w rachunku może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż określone w ust. 3. W tym przypadku łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od sumy iloczynów liczb jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym, dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

9. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku

przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

#### § 15.

1. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji przez Fundusz.
2. Wystawienie faktury lub rachunku następuje na podstawie zatwierdzonego przez Fundusz raportu statystycznego.
3. Przedstawienie przez świadczeniodawcę niekompletnych dokumentów rozliczeniowych lub przedstawienie ich w sposób nieprawidłowy i nierzetelny powoduje wstrzymanie płatności w zakresie rozliczenia, do którego Fundusz powziął zastrzeżenia.

#### § 16.

1. Substancje czynne z katalogu leków określonych w załączniku nr 1m do zarządzenia rozliczane są łącznie ze świadczeniami z katalogu świadczeń, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia za wyjątkiem ust. 2.
2. Dopuszczalne jest, w przypadkach uzasadnionych medycznie, łączne rozliczenie substancji z katalogu leków określonych w **załączniku nr 1m** do zarządzenia i świadczeń w ramach katalogu ryczałtów określonych w **załączniku nr 1l** do zarządzenia ze świadczeniami określonymi w:
  - 1) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w ramach:
    - a) katalogu grup określonego w załączniku nr 1a do tego zarządzenia;
    - b) katalogu świadczeń odrębnych określonego w załączniku nr 1b do tego zarządzenia;
    - c) katalogu świadczeń uzupełniających określonego w załączniku nr 1c do tego zarządzenia;
    - d) katalogu radioterapii określonego w załączniku nr 1d do tego zarządzenia
  - 2) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia

warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia w ramach:

- a) katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia określonego w załączniku nr 1e do tego zarządzenia;
- b) katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii określonego w załączniku nr 1n do tego zarządzenia;
- c) katalogu świadczeń wspomagających – leczenie szpitalne – chemioterapia, określonego w załączniku nr 1j do tego zarządzenia.

3. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń określonych w katalogu świadczeń, stanowiącego **załącznik nr 1k** do zarządzenia, ze świadczeniami określonymi w:

- 1) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w ramach:

- a) katalogu grup określonego w załączniku nr 1a do tego zarządzenia;
- b) katalogu świadczeń odrębnych określonego w załączniku nr 1b do tego zarządzenia;

- 2) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia w ramach:

- a) katalogu świadczeń podstawowych – leczenie szpitalne – chemioterapia określonego w załączniku nr 1e do tego zarządzenia.

- 3) zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne w ramach:

- a) katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne określonego w załączniku nr 1g do tego zarządzenia,
- b) katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych, określonego w załączniku nr 1h do tego zarządzenia.

4. Niedopuszczalne jest łączenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów.

#### **§ 17.**

Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych od dnia 1 lipca 2012 r.

#### **§ 18.**

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia**