

ZARZĄDZENIE Nr 58/2016/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 29 czerwca 2016 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju 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 2015 r. poz. 581, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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”;
- 4) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 5) **rozporządzenie** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń

1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65 i 652.

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy;

- 6) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie Ministra 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;
- 7) **rozporządzenie wysokospecjalistyczne** – rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji, wydane na podstawie art. 31d ustawy;
- 8) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 9) **świadczenia dodatkowe** – świadczenia określone poprzez produkty rozliczeniowe w katalogu świadczeń dodatkowych, stanowiącym załącznik nr 1z do zarządzenia, finansowane ze środków Funduszu.

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

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu kryterialnym.

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

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

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 4. Postępowanie, o którym mowa § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) dwóch lub więcej powiatów;
- 3) powiatu;
- 4) dwóch lub więcej gmin;
- 5) gminy.

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, o której mowa w § 1 pkt 2, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności:

- 1) realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych poprzez produkty rozliczeniowe w katalogu świadczeń wysokospecjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 1w** do zarządzenia, finansowanych w szczególności z dotacji z budżetu państwa, zgodnie z przepisami ustawy;
- 2) realizacja świadczeń dodatkowych udzielanych świadczeniobiorcom w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego.

2. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

§ 7. 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 jedynie części zakresu

świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w rozporządzeniu wysokospecjalistycznym i w przepisach odrębnych.

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.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli 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.

§ 8. 1. Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w odrębnych przepisach prawa oraz w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach, wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej dotyczące laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych mogą być realizowane wyłącznie w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mikrobiologicznych, spełniających wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz. U. Nr 43, poz. 408, z 2006 r. Nr 59, poz. 422, z 2008 r. Nr 53, poz. 324 oraz z 2009 r. Nr 223, poz. 1794), wpisanych do rejestru.

§ 9. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej obowiązany jest do zapewnienia produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innych materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń towarzyszących, o których mowa w art. 5 pkt 38 ustawy.

3. Koszty wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach świadczeń, ponosi świadczeniodawca.

4. Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia i udostępniania na żądanie Funduszu rejestru zakażeń zakładowych.

5. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia.

6. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego realizowania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

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

8. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 7, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy.

9. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 8, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 8, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 4 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia.

11. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 8, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 10. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie

z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

§ 11. 1. Warunki rozliczania świadczeń, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, 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:

- 1) rozpoznanie zasadnicze i nie więcej niż trzy rozpoznania współistniejące - według ICD-10;
- 2) istotne procedury medyczne łącznie z datą ich wykonania - według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

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

- 1) zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu 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 2016 r. poz. 186);
- 2) przekazywanymi w Karcie statystycznej szpitalnej ogólnej - MZ/Szp-11, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 591, z późn. zm.²⁾);
- 3) określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.³⁾).

5. Spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, stanowi warunek rozliczenia świadczeń.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym:

- 1) zakresu świadczeń adekwatnego do łącznej sumy osobodni pobytu pacjenta związanego z procedurą wysokospecjalistyczną niezależnie od oddziału hospitalizującego, w tym innego niż miejsce udzielania świadczeń

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 2, z 2014 r. poz. 1161 i 1662 oraz z 2015 r. poz. 855, 1240, 1893 i 2281.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 619 i 1138, z 2015 r. poz. 1365, 1916 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 542.

wysokospecjalistycznych wynikającego z umowy;

2) produktu rozliczeniowego określonego w **załączniku nr 1w** do zarządzenia.

7. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające produktom rozliczeniowym określonym w **załącznikach nr 1w i 1z** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

§ 12. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania produktów rozliczeniowych, o których mowa w § 5 ust. 1, jest punkt.

§ 13. Kwoty zobowiązania określone w umowie dla poszczególnych zakresów świadczeń, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację następujących produktów rozliczeniowych, określonych w **załączniku nr 1w** do zarządzenia, a także odpowiednich produktów rozliczeniowych określonych w **załączniku nr 1z** do zarządzenia, we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach:

- 1) ablacja wideotorakoskopowa - 5.54.01.0000030 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego;
- 2) operacje wad wrodzonych serca i naczyń < 1 roku - 5.54.01.0000041 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego;
- 3) operacje wad serca i aorty piersiowej:
 - a) 5.54.01.0000051 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego ≥ 18 lat,
 - b) 5.54.01.0000052 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego z IZW ≥ 18 lat,
 - c) 5.54.01.0000055 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego < 18 lat,
 - d) 5.54.01.0000056 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego z IZW < 18 lat;
- 5) wszczepianie zastawek serca:
 - a) 5.54.01.0000060 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego,
 - b) 5.54.01.0000061 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego z powikłaniami i chorobami współistniejącymi;
- 6) kardiologiczne zabiegi interwencyjne < 18 lat:

- a) 5.54.01.0000064 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego,
 - b) 5.54.01.0000065 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego z powikłaniami lub < 1 roku;
- 7) przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej:
- a) 5.54.01.0000060 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego,
 - b) 5.54.01.0000061 hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego z powikłaniami i chorobami współistniejącymi.

§ 14. 1. Finansowanie świadczeń intensywnej terapii, realizowanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii albo anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, spełniających warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określonych w przepisach odrębnych, odbywa się w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci, określoną w **załączniku nr 3a** do zarządzenia.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, dotyczą wyłącznie hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego, finansowanej ze środków Funduszu.

3. W prowadzonej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zwanym dalej „OAIIT” dokumentacji medycznej, wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS - 28 albo TISS - 28 dla dzieci. Wzór karty, o której mowa w zdaniu pierwszym określony jest w **załączniku nr 3b** do zarządzenia. Wypełnione karty, dla każdej doby pobytu pacjenta w oddziale, archiwizuje się w dokumentacji medycznej pacjenta.

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

5. Do odrębnego rozliczenia 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.

§ 15. W sytuacji udzielania i rozliczania świadczeń: żywienie dojelitowe, żywienie pozajelitowe, określonych w **załączniku nr 1z** do zarządzenia,

świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w załącznikach nr 4a-4g do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta.

§ 16. 1. W sytuacji udzielenia przez świadczeniodawcę:

- 1) świadczenia wysokospecjalistycznego, którego koszt przekracza dwukrotność standardowego rozliczenia; lub
- 2) jednocześnie więcej niż jednego wariantu świadczenia w ramach tego samego zakresu świadczeń; lub
- 3) jednocześnie więcej niż jednego świadczenia w ramach różnych zakresów świadczeń, wraz z zastosowanymi podwariantami; lub
- 4) świadczeń w ramach hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego oraz wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej, według ICD-9, której koszt przekracza kwotę 10 000 zł; lub
- 5) świadczenia wysokospecjalistycznego, które nie zostało ujęte w załączniku nr 1w do zarządzenia, a które jest świadczeniem gwarantowanym zgodnie z przepisami rozporządzenia wysokospecjalistycznego

- rozliczenia można dokonać z zastosowaniem produktu rozliczeniowego. Rozliczenie za zgodą płatnika, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu na ten sposób jego rozliczenia, z uwzględnieniem podziału na produkty rozliczeniowe:

- 5.54.01.0000005 rozliczenie za zgodą płatnika - środki budżetowe, lub
- 5.54.01.0000066 rozliczenie za zgodą płatnika - środki Funduszu, lub
- 5.54.01.0000067 rozliczenie za zgodą płatnika - przeszczepienie serca - środki budżetowe, lub
- 5.54.01.0000068 rozliczenie za zgodą płatnika - wspomaganie serca - środki budżetowe.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, są finansowane zgodnie z poniższymi zasadami:

- 1) dyrektor Oddziału Funduszu wydaje zgodę na rozliczenie świadczenia, o których mowa w ust. 1, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów, na zasadach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych;
- 2) finansowanie świadczeń odbywa się w ramach kwoty zobowiązania wobec

świadczeniodawcy określonej w umowie, w podziale na środki finansowe pochodzące z dotacji z budżetu państwa oraz środki pozostające w dyspozycji Funduszu;

- 3) rozliczenie świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, odbywa się na podstawie specyfikacji kosztowej;
- 4) w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, kolejny wariant w ramach tego samego zakresu świadczeń, lub kolejne świadczenie, finansowane jest na poziomie 60% wartości wariantu, wraz z zastosowanymi podwariantami;
- 5) stanowisko dyrektora Oddziału Funduszu w sprawie wyrażenia zgody na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania, w zakresie merytoryczno - finansowym jest ostateczne;
- 6) Prezes Funduszu, w uzasadnionych sytuacjach, może zweryfikować stanowisko dyrektora Oddziału Funduszu, o którym mowa w pkt 5 pod względem formalno - prawnym;
- 7) świadczenie stanowiące przedmiot wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu na indywidualne rozliczenie wykazuje się do rozliczenia w bieżącym okresie sprawozdawczym;
- 8) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji tożsamy z zakresem informacji dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 9) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów dotyczących wydawanych zgód, w tym dokumentów, na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;
- 10) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację związaną z ich wydawaniem, uwzględniającą zakres danych wskazany we wnioskach oraz dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji wniosków.

3. Metoda rozliczania udzielonych świadczeń, o której mowa w ust. 1, może znajdować zastosowanie wyłącznie do świadczeń gwarantowanych.

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

- 1) wykazywanie świadczeń określonych w **załączniku nr 1w** do zarządzenia odbywa się odrębnie dla świadczeń finansowanych z dotacji z budżetu państwa

- od świadczeń finansowanych ze środków pozostających w dyspozycji Funduszu;
- 2) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń określonych w **załączniku nr 1z** do zarządzenia, wyłącznie ze świadczeniami, o których mowa w § 13, z zastrzeżeniem pkt 3;
 - 3) w przypadku rozliczenia, o którym mowa w pkt 2, świadczenia określone w lp. 1-4 katalogu świadczeń dodatkowych załącznika nr 1z do zarządzenia, rozliczane są alternatywnie do świadczeń określonych w lp. 18-138 załącznika 1z do zarządzenia;
 - 4) dopuszcza się łączne rozliczanie świadczeń określonych w **załączniku nr 1w** do zarządzenia, z innymi świadczeniami - wyłącznie w sposób określony w niniejszym zarządzeniu;
 - 5) dopuszcza się odrębne rozliczenie świadczenia wysokospecjalistycznego w bieżącym okresie sprawozdawczym;
 - 6) o ile w czasie udzielania świadczenia wysokospecjalistycznego, związanego z przeszczepieniem narządu, wystąpiły powikłania związane z przeszczepieniem, wymagające leczenia w ramach hospitalizacji, dopuszcza się po upływie 30 dni od dnia przeszczepienia, rozliczenie leczenia powikłań w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w oparciu o przepisy zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne;
 - 7) w sytuacji jednoczesowego udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego, związanego z przeszczepieniem narządu oraz świadczenia związanego z przeszczepieniem nerki lub trzustki, finansowanego w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne, dopuszcza się rozliczenie dodatkowego świadczenia w ramach umowy leczenie szpitalne na poziomie 60% właściwej JGP;
 - 8) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień;
 - 9) za krotkość osobodni do rozliczenia przyjmuje się liczbę dni pobytu pomniejszoną o czas trwania świadczenia wysokospecjalistycznego oraz o liczbę dni rozliczanych na podstawie skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego;
 - 10) 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 sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, rozliczeniu podlega wyłącznie jedna hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego;

- 11) hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego wykazywana jest do rozliczenia wraz z wariantem oraz ewentualnymi podwariantami;
- 12) 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 4

Postanowienia końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 19. Zarządzenie stosuje się do:

- 1) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanych zgodnie z art. 146 ustawy;
- 2) ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania oraz określenia szczegółowych warunków w umowach, zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ustawy.

§ 20. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2016 r.⁴

**p.o. PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA
Zastępca Prezesa ds. Medycznych
Andrzej Jacyna**

⁴) Niniejsze zarządzenie było poprzedzone zarządzeniem Nr 72/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 listopada 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne które utraciło moc obowiązującą z dniem wejścia w życie art. 1 pkt 53 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 i 1491 oraz z 2015 r. poz. 2198).