

**ZARZĄDZENIE NR 87/2022/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 15 lipca 2022 r.

**zmieniające zarządzenie 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.²⁾), wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2022 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisano elektronicznie/

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 658, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265 i 1352.

²⁾ Zmienione zarządzeniem Nr 36/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2022 r., zarządzeniem Nr 41/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2022 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2022 r.

	kod	nazwa	wartość punktowa	rodzaje świadczeń																											kat. 1a	kat. 1b	produkty dyetykowane do sumowania dla określonej JGP	produkty dyetykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d					
				diag. ogólna	diag. specjalistyczna	diag. specjalistyczna - drugi p.	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)	diag. specjalistyczna - drugi p. (specjalistyczne - drugi p.)											
27	5.53.01.0001473	Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka	270	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- dla grup innych niż oznaczone * w przypadku wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego (sprawozdanie kodem ICID-9) oraz dla grup: A24, B24, B33, B34, B44, B74, B84, B84, C15, C22, C34, C44, C54, D35, E44, F34, F44, F54, G14, H23, H44, J06, K05, L09, L17, L30, L47, L54, L64, L104, M04, M15, PZB07, PZC04, PZC08, PZC17, PZC21, PZD03, PZ99, PZF06, PZH14, PZJ03, PZK01, PZL03, PZL04, PZL09, Q20, Q46	5.07.01.0000055 5.52.01.0001568	
28	5.53.01.0001474	Hipertermia w czasie radioterapii	3 623																																X	- cały proces leczenia - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3a	5.52.01.0001440 5.52.01.0001468 5.52.01.0001470 5.52.01.0001499 5.07.01.0000011 5.07.01.0000012 5.07.01.0000013 5.07.01.0000023 5.07.01.0000042 5.07.01.0000025 5.07.01.0000046		
29	5.53.01.0001475	Diagnostyce cewnikowanie serca/ biopsja mięśnia sercowego < 18 r.z.	2 704																															X	X	- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3a - nie można sumować z produktami o kodach 5.54.01.0000062 i 5.54.01.0000063	P21 P37 P38 P39 P40		
30	5.53.01.0001476	Intensywna hemodializa	324	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdy zabieg	X X		
31	5.53.01.0001479	Działka wątrobowa	11 898	X																														X	X	- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. nr 3a - za jeden zabieg - zgodnie z opisem świadczenia (zał. nr 10)	X G16 G17 G18 P42 S41E S41F		
32	5.53.01.0001481	Przetoczenie immunoglobuliny anty HBs	6 361																																	X	X	- za 5 000 jednostek	5.52.01.0001464 5.52.01.0001023 5.52.01.0001462 5.52.01.0001463 5.52.01.0001483 5.52.01.0001484
33	5.53.01.0001483	Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania - kategoria I	1986	X																															X	X	- obejmuje wszystkie czynności określone w art 3 ust 3 pkt 1-7 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r. poz. 2154) - nie można sumować z produktami o kodach od 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001488 - nie można wykazać łącznie z produktami o kodach od 5.53.01.0001486 do 5.53.01.0001493	X X	
34	5.53.01.0001486	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie wyłącznie nerki albo obu nerek	8 980	X																															X	X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach od 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488 - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przewleżaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.)	X X	
35	5.53.01.0001487	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i inny narząd, poza trzustką)	4 880	X																															X	X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488 - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przewleżaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.)	X X	
36	5.53.01.0001488	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i trzy inne narządy, poza trzustką)	3 513	X																															X	X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488 - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przewleżaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.)	X X	
37	5.53.01.0001489	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i cztery lub więcej innych narządów, poza trzustką)	2 830	X																															X	X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488 - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przewleżaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.)	X X	
38	5.53.01.0001544	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i cztery lub więcej innych narządów, poza trzustką)	2 420	X																															X	X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488 - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przewleżaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.)	X X	

					Wartość punktowa														kat. 1a	kat. 1b	produkty dedykowane do sumowania dla określonej JGP	produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d	
58	5.53.01.0005007	Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria *	6	760															X		N09 N11		
59	5.53.01.0005001	Podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych	649							X	X	X	X							X			5.52.01.0001511
60	5.53.01.0005002	Złożone badanie genetyczne w chorobach nowotworowych	1	298						X	X	X								X			5.52.01.0001511

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Niniejsze zarządzenie zmienia zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Przedmiotową nowelizacją, zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2022 r. znak ZPŚ.7802.1.2022.MB, wprowadza się zmiany uwzględniające opracowanie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 22 kwietnia 2022 r. w sprawie ustalenia wyceny świadczenia „Hospitalizacja pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem gruźlicą” (WT.5403.15.2022), które obejmują:

1) implementację nowego produktu rozliczeniowego z zakresu leczenie szpitalne obejmującego hospitalizację pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem gruźlicą - w tym celu utworzono w załączniku 1b do zarządzenia nowy produkt rozliczeniowy: 5.52.01.0001569 - *Hospitalizacja związana z leczeniem gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO niezawierająca kosztów leków dedykowanych leczeniu gruźlicy*, (wartość 433,02 pkt), który podlega sumowaniu z utworzonym w załączniku nr 1c do zarządzenia produktem: 5.53.01.0001652 - *Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO* (oba produkty udostępniono do realizacji w trybie hospitalizacji);

2) zmianę wyceny świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne dotyczących długoterminowego leczenia gruźlicy, zgodnie z ww. opracowaniem - analizie poddano trzy produkty rozliczeniowe związane z długoterminowym leczeniem gruźlicy z załącznika 1b do zarządzenia. Zmiany wyceny, zgodnie z rekomendacją AOTMiT, dotyczą dwóch z nich.

Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian wynosi 50,4 mln zł w skali roku.

Projekt zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz 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 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Wyznaczając termin kierowano się przesłanką słusznego interesu stron, przejawiającą się w pilnym wdrożeniu projektowanych zmian. W ramach konsultacji projekt został 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) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W toku konsultacji opinie dotyczące projektu zarządzenia przedstawiły 4 podmioty. Uwagi dwóch z nich wykraczały poza przedmiot konsultowanego projektu i nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Pozostałe dwa podmioty nie zgłosiły żadnych uwag.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2022 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.